



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

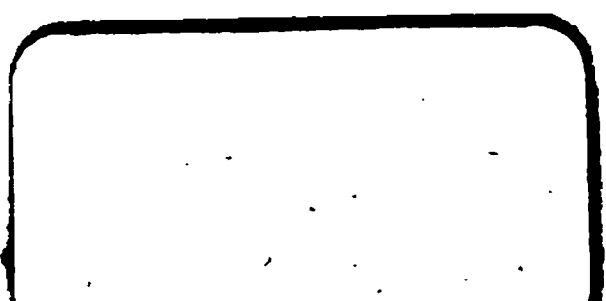
Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

- + *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.
- + *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.
- + *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.
- + *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse <http://books.google.com>



REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DES
MALADIES DES FEMMES

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

FONDÉE ET PUBLIÉE PAR

Le Docteur Jules CHÉRON

Médecin de Saint-Lazare

Professeur libre de gynécologie (École pratique),
Docteur ès sciences, Officier de la Légion d'honneur, Officier de l'Instruction Publique
Membre de la Société de Médecine de Paris, Lauréat de l'Institut (physiologie
expérimentale), Lauréat de la Faculté de Médecine (prix Barbier), etc.

AVEC LA COLLABORATION SCIENTIFIQUE DE MM. LES DOCTEURS :

GIUSEPPE BERRUTI
Agréé à la Faculté de Médecine, Professeur
à l'Université royale de Turin.

DEMBO
de Saint-Petersbourg.

R. FAUQUEZ
Médecin-adjoint de Saint-Lazare.

HÉLOT
Chirurgien chef des Hôpitaux de Rouen.

LÉON LABBÉ
Professeur agrégé à la Faculté de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine,
Chirurgien de l'Hôpital Beaujon.

LANNELONGUE
Professeur de Clinique chirurgicale
à la Faculté de Bordeaux.

LE PILBUR
Médecin de Saint-Lazare.

PÉAN
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

H. VERRIER
ancien préparateur des cours d'accouchement
à la Faculté de Médecine de Paris.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION :

D^r Jules BATUAUD

Ancien interne de Saint-Lazare

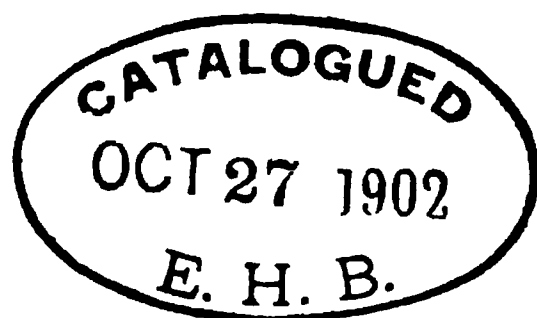
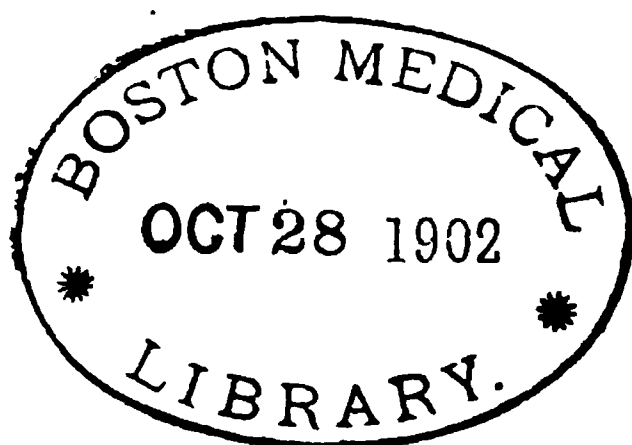
TOME DIX-SEPTIÈME

PARIS

ADMINISTRATION ET RÉDACTION

45, BOULEVARD MALESHERBES, 45

—
1895



6685
REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

OCT 28 1902

DES

LIBRARY.

MALADIES DES FEMMES

NOTRE PROGRAMME

—

La Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes commence, avec ce numéro, sa dix-septième année.

Depuis la fondation de ce journal, la gynécologie a subi des transformations considérables et a fait des progrès de la plus haute importance, aussi bien au point de vue nosographique qu'au point de vue thérapeutique.

L'étiologie des inflammations pelviennes s'est élucidée de la façon la plus remarquable, grâce aux notions bactériologiques récemment acquises. L'histoire clinique, la symptomatologie, le diagnostic et l'anatomie pathologique des lésions inflammatoires des annexes ont été pour ainsi dire créés de toutes pièces pendant cette période, portant une vive lumière dans la question jadis si obscure des pelvi-péritonites et des cellulites pelviennes. La tuberculose génitale a été étudiée en même temps et décrite d'une façon beaucoup plus complète. La grossesse extra-utérine et l'hématocèle sont actuellement bien mieux connues, ainsi que les tumeurs solides des annexes, etc., etc.

Au point de vue thérapeutique, ce n'est plus seulement à une transformation de la gynécologie que nous avons assisté, mais

bien à une véritable révolution. Confiants dans les ressources de l'antiseptie, les chirurgiens se sont attaqués aux affections de l'utérus et des annexes avec une ardeur que le succès a souvent justifié ; le curettage de la cavité utérine a été remis en honneur, la restauration des déchirures du col est entrée dans la pratique courante, la périnéorrhaphie s'est simplifiée, l'hystéropexie a été inventée, la castration tubo-ovarienne et l'hystérectomie totale sont devenues des opérations courantes. Dans cette prise de possession de la gynécologie par la chirurgie, il y a eu et il devait y avoir forcément des abus et des excès de pouvoir. Actuellement tout le monde reconnaît qu'on a fait des castrations inutiles pour lésions curables des annexes, qu'il ne faut pas hystérectomiser de parti pris tous les fibromes, et ceux-là sont peu nombreux qui soutiennent la légitimité des mutilations pour de simples névralgies pelviennes.

Pendant que la gynécologie opératoire se perfectionnait, la gynécologie médicale progressait, de son côté, d'une façon moins brillante sans doute, mais nous pourrions dire d'une façon peut-être trop modeste, car elle se renovait elle-même complètement. L'électricité gynécologique était l'objet de nombreux travaux, le massage pelvien voyait ses indications et sa technique se préciser, le drainage de l'utérus par les voies naturelles était imaginé, l'évacuation des abcès pelviens par l'incision vaginale rencontrait d'ardents défenseurs, la thérapeutique locale de l'utérus devenait active et énergique. En réalité, la gynécologie dite médicale d'aujourd'hui ne ressemble nullement à la gynécologie expectante (et trop souvent infectante) des médecins gynécologues d'il y a vingt ans, car elle est à la fois active et aseptique — son vrai nom est la gynécologie médico-chirurgicale conservatrice.

Nous sommes précisément arrivés en ce moment à une période de réaction contre les mutilations sans nécessité absolue, et la gynécologie conservatrice est celle de l'avenir.

C'est cette gynécologie que nous défendons et que nous vulgarisons de notre mieux dans ce journal.

Les ressources de la gynécologie médico-chirurgicale conservatrice sont infiniment plus considérables que ne le supposent ceux qui voudraient ramener toute la thérapeutique des maladies des femmes à la castration ou à l'hystérectomie. Ces ressources sont représentées par un certain nombre d'opérations non mutilantes (restauration du col, curettage, incision vaginale pour évacuer les abcès pelviens, périnéorrhaphie, ablation des polypes utérins, etc.) par les divers modes d'électrisation de l'utérus, par le massage pelvien, par toute une série de moyens thérapeutiques locaux qu'il serait trop long d'énumérer. Nous n'hésitons pas à déclarer, en nous appuyant sur notre expérience de chaque jour, que cette gynécologie, en apparence bien modeste et bien anodine, si on la compare aux grandes interventions chirurgicales, donne cependant les résultats les plus satisfaisants quand on sait en faire une application judicieuse.

Mais, il faut bien le dire immédiatement, la gynécologie dont nous parlons, pour donner son maximum d'effets, doit se servir de tous les moyens d'action dont elle dispose, suivant les indications de chaque cas à traiter, et nous ne comprenons pas plus le médecin qui demande tout à l'électricité ou encore qui a recours exclusivement au massage gynécologique que nous ne pouvons admettre qu'on veuille résumer toute la thérapeutique chirurgicale des affections pelviennes dans la castration tubo-ovarienne ou dans l'hystérectomie. Pour faire de la bonne gynécologie, il faut, avant tout, n'être pas systématique.

Exposer les indications précises de chacun des procédés de la thérapeutique gynécologique conservatrice, décrire avec soin la technique de chacun de ces procédés, en montrer les résultats, tel est le but que nous nous proposons dans ce journal; en agissant ainsi, nous espérons être utiles à nos lecteurs

et les mettre en situation de rendre les plus grands services à leurs malades. C'est le plus souvent en désespoir de cause et parce que les praticiens se sont déclarés incapables d'améliorer un cas donné que ce cas passe entre les mains d'un chirurgien qui fait alors son métier de chirurgien et enlève des organes que le médecin n'a pas su guérir. La vulgarisation des procédés de la gynécologie médico-chirurgicale conservatrice est donc une nécessité absolue, si l'on veut voir la gynécologie évoluer dans le sens de la conservation, ainsi que l'exige l'intérêt des malades.

Dans chacun de ses numéros, la *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes* publie :

1° Une REVUE DE GYNÉCOLOGIE sur les questions à l'ordre du jour. Cette revue, à la fois analytique et critique, a pour but de tenir nos lecteurs au courant des sujets d'actualité, de faire connaître les nouvelles méthodes de traitement, les découvertes récentes au point de vue étiologique, nosologique ou thérapeutique et de les discuter sans parti pris, mais toujours avec une indépendance complète, en prenant comme point de comparaison ce que nous a appris notre pratique personnelle.

2° Un MÉMOIRE ORIGINAL sur un sujet de gynécologie ou d'obstétrique ou bien une LEÇON CLINIQUE DE SAINT-LAZARE. Notre savant Rédacteur en chef, dont les entretiens cliniques ont toujours été très appréciés de nos lecteurs, en raison de la haute portée pratique de ses écrits, en raison de sa grande expérience et de sa compétence toute spéciale, exposera, dans ces leçons, comment on doit utiliser les diverses ressources de thérapeutique gynécologique dans un cas donné et dans quel ordre il convient de se servir des moyens complexes dont l'indication est fournie par la complexité même des lésions que l'on veut combattre.

3° Un article de TECHNIQUE THÉRAPEUTIQUE dans lequel

sera étudié, d'une façon complète, mais à un point de vue exclusivement pratique et sans détails bibliographiques inutiles, sans historique fastidieux, un des moyens de la thérapeutique conservatrice dans ses indications précises, ses contre-indications, son instrumentation, son manuel opératoire et ses résultats. Nous passerons ainsi successivement en revue les injections et lotions locales, les pansements (vulvaires, vaginaux, intra-utérins), les ceintures, les pessaires, l'électricité, le massage, etc., les scarifications du col ou du canal cervical, le curettage, l'excision des ectropions, l'incision vaginale, la périnéorrhaphie, etc., etc.

4° Une REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES exclusivement au point de vue de l'obstétrique et de la gynécologie.

5° Une REVUE DE LA PRESSE limitée aux mêmes sujets spéciaux.

6° La description des INSTRUMENTS ET APPAREILS nouveaux avec figure, toutes les fois que cela nous sera possible.

7° Un article de BIBLIOGRAPHIE. — Les NOUVELLES et les VARIÉTÉS susceptibles d'intéresser nos lecteurs.

8° Une REVUE DE THÉRAPEUTIQUE donnant le résumé des principaux travaux de thérapeutique obstétricale ou gynécologique parus récemment.

9° Un FORMULAIRE raisonné écrit spécialement pour les lecteurs de la *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*.

Nous croyons qu'un journal spécial, conçu de la façon que nous venons d'exposer est appelé, plus que tout autre, à devenir le GUIDE DU MÉDECIN PRATICIEN, en ce qui concerne la gynécologie. Nous faisons appel à tous nos confrères pour qu'ils nous communiquent leurs recherches personnelles, pour qu'ils nous envoient le résumé des résultats qu'ils ont obtenus en gynécologie conservatrice, de même que nous serons heureux d'entrer en relation avec eux et de répondre aux deman-

des qui leur seraient suggérées par la lecture de nos travaux.

En faisant, dans notre journal, la plus large part à la gynécologie médico-chirurgicale conservatrice, nous avons la conviction de faire une œuvre utile.

LA RÉDACTION.

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DU MASSAGE GYNÉCOLOGIQUE.

La question des indications et des contre-indications du massage gynécologique est mise à l'ordre du jour par la récente discussion de la *Société de Chirurgie de Paris* (séance du 2 janvier 1895), que nos lecteurs trouveront résumée dans une autre partie de ce journal.

MM. BOUILLY, POZZI, RICHELLOT, CHAMPIONNIÈRE ne semblent connaître que les dangers de cette méthode thérapeutique employée sans discernement et par des mains inhabiles. M. MONOD, moins exclusif parce qu'il est mieux documenté sans doute, a fait remarquer, d'une façon très judicieuse, à ses collègues, que leur argumentation « jettera peut être trop de discrédit sur une méthode thérapeutique qui, bien appliquée, peut donner de bons résultats ».

Nous n'avons pas attendu jusqu'à ce jour pour insister sur ces difficultés du massage en gynécologie et sur le danger qu'il y aurait à y recourir un peu à l'aveuglette, sans une préparation sérieuse. « Le massage ne peut être pratiqué sans danger, disions-nous en 1890 (1), que par un médecin ou un chirurgien habitué à manier les organes pelviens, sachant en face de quelles lésions il se trouve, susceptible de faire la topographie exacte du cas à traiter, etc. L'habitude de l'examen

(1) JULES BATAUD. Quelques mots sur le massage gynécologique en général. *Revue des maladies des femmes*, novembre 1890.

bi-manuel, en un mot, est la véritable école par laquelle il faut avoir passé avant de faire du massage gynécologique. » Il est donc bien entendu que la première contre-indication du massage est l'absence d'étude préalable des affections pelviennes et M. CHAMPIONNIÈRE a eu raison de dire « qu'il soit fait par des ignorants ou sans souci du diagnostic il est souvent, en pareil cas, une manœuvre dangereuse et coupable ». Nous irons même plus loin et nous dirons que tout cas dans lequel le diagnostic est obscur — de pareils cas se rencontrent même pour les plus éminents gynécologistes — ne doit pas être traité par le massage ; quelques soins préliminaires sans danger, une certaine période de repos, l'emploi des injections chaudes, la désinfection locale, les révulsifs, etc., l'examen réitéré de la malade, permettront souvent de préciser le diagnostic et, alors seulement, l'indication du traitement manuel pourra être posée.

Au risque de faire des redites, il faut bien répéter que, au point de vue pratique, il n'existe pour ainsi dire pas de cas dans lequel le massage doive être appliqué d'une façon exclusive. La restauration des organes pelviens ne s'obtient ordinairement que par l'utilisation simultanée ou successive de plusieurs méthodes thérapeutiques. « Le massage ne s'adresse qu'aux cas *chroniques, anciens, apyrétiques*, disions-nous (1), il ne doit être mis en œuvre que sur des *organes désinfectés* au préalable ; ce sera souvent le complément d'un curetage ou d'une série de manœuvres thérapeutiques destinées à combattre l'endométrite et la métrite. »

Tous les *états inflammatoires aigus ou subaigus* de l'utérus ou des annexes contre-indiquent le massage. Même dans les cas anciens et apyrétiques, pour peu qu'il existe de la pelvi-péritonite, une augmentation de volume des trompes et des ovaires, on ne devra recourir au traitement manuel qu'avec la plus grande prudence ; on fera des manœuvres très douces, des séances courtes, on prendra la température de la malade

(1) *Loc. cit.*

régulièrement et la moindre poussée fébrile sera considérée comme une raison suffisante pour cesser provisoirement le massage.

L'*aménorrhée* est une contre-indication du massage, tant que ce symptôme ne se montre pas, d'une façon évidente, indépendant d'une grossesse possible, la *grossesse* étant elle-même une contre-indication absolue, à moins de rétroversion non réductible spontanément.

Les *hémorrhagies* utérines ne sont ni une indication, ni une contre-indication ; on les traitera d'abord par le curetage ou par les cautérisations intra-utérines, et le massage n'interviendra que plus tard, s'il y a une déviation à combattre ou des adhérences pelviennes qui, en troublant la circulation locale, pourraient faciliter la récurrence de l'endométrite qui a causé les pertes sanguines.

Les *pertes purulentes* sont une contre-indication temporaire au massage ; il faut, au préalable, désinfecter la vulve, le vagin, l'utérus ; s'il y a une pyo-salpingite profluente, le massage peut être indiqué (MURRAY) sous certaines réserves que nous verrons bientôt.

La *douleur* est une indication, bien plus souvent qu'une contre-indication ; il faut, avant tout, en faire la pathogénie, dans chaque cas, et intervenir ou s'abstenir suivant le diagnostic porté.

Nous ne reviendrons pas sur les indications et le manuel opératoire du massage dans le *prolapsus utérin* (voir les Revues de février et mars 1894), ni dans l'*utéroptose* de CHÉRON (voir les Revues d'août 1893 et d'août 1894). Dans ces deux affections, le massage ne présente aucun danger et, associé au besoin aux opérations plastiques vaginales, il donne des résultats excellents pour des cas que l'on traite trop souvent par l'hystérectomie, faute de connaître les bienfaits du mode de traitement dont nous parlons.

Les *latéro-positions* et les *latéro-déviation*s de l'utérus consécutives aux rétractions pathologiques des ligaments larges

sont également une des indications les plus nettes du massage qui, s'il ne permet pas un remplacement absolument correct de l'utérus, dans tous les cas, supprime néanmoins les douleurs, la difficulté de la marche et met un terme aux lésions atrophiques, décrites par Freund, comme conséquence ultime de cette lésion abandonnée à elle-même.

Les *rétrodéviation*s, sans lésions importantes des annexes, sont justiciables du massage. Il en est de même des *rétrodéviation*s adhérentes, alors même qu'il y a prolapsus des annexes et léger état inflammatoire des trompes et des ovaires prolapsés. Dans les *rétrodéviation*s anciennes, adhérentes, presque toujours on trouve les annexes prolapsées et plus ou moins atteintes ; malgré cela (l'utérus ayant été désinfecté, si besoin) la réduction de la *rétrodéviation* se fait avec un peu de patience et de prudence et on est alors étonné de voir les annexes revenir rapidement à l'état normal. J'ai eu la satisfaction de voir dernièrement accoucher à terme et sans accidents une jeune femme que j'ai soignée, l'année dernière, dans ces conditions : il y avait une *rétroflexion* accentuée, adhérente, avec prolapsus des annexes derrière l'utérus ; les deux trompes étaient augmentées de volume et elles-mêmes en *rétroversion* ; en dépit de ces lésions multiples, un traitement patient et complexe a permis une guérison suffisante pour qu'une grossesse fût devenue possible.

Les *antéversions pathologiques* donneraient lieu aux mêmes considérations. J'ajouterai seulement que le massage me semble être le seul moyen qu'on ait à sa disposition pour combattre les douleurs qu'on observe quelquefois (j'en ai publié un cas en janvier 1893) à la suite de l'hystéropexie (*antéfixation pathologique chirurgicale*), à moins de refaire une laparotomie pour détruire la fixation opératoire qui a été trop solide (l'utérus devant, à l'état normal, conserver une assez grande mobilité) ou faite sur un point trop élevé (l'utérus étant alors tiré hors du bassin par les sutures abdominales et tendant à son tour outre mesure le vagin).

Les mêmes remarques sont applicables aux *adhérences épi-*

ploiïques ou autres qui surviennent après certaines laparotomies, complication sur laquelle on n'a peut-être pas suffisamment insisté et qu'il y aurait lieu d'étudier.

Les vieilles cicatrices, les *vieilles adhérences pelviennes*, reliquats de para et de périmétrite sont un des triomphes du massage gynécologique. « Il est incontestable, disais-je dans ma Revue déjà citée, qu'on peut, par le massage, détruire des adhérences pathologiques unissant entre eux les organes pelviens et les maintenant dans une position vicieuse. Ramener les organes dans une position tout à fait normale et surtout les maintenir d'une façon durable dans cette position normale n'est pas toujours chose facile, ni peut-être même chose possible dans tous les cas ; mais il n'est pas douteux que tout gynécologiste rompu avec les difficultés de l'examen bi-manuel peut rapidement et sans grand apprentissage arriver à faire disparaître les exsudats chroniques du bassin et à rendre à l'utérus et aux annexes leur mobilité complète. Or, d'après ce que j'ai vu, une fois que les exsudats se sont résorbés, une fois que les organes sont redevenus mobiles dans le bassin, le résultat le plus important a été obtenu, puisque les troubles de la nutrition, les troubles nerveux réflexes, les douleurs, la difficulté de la marche, etc., tous les symptômes les plus pénibles en un mot, disparaissent comme par enchantement. M. Lucas Championnière a vu très juste et a fait de l'excellente observation clinique lorsqu'il a mis, au premier rang des bienfaits de la laparotomie, la rupture des adhérences pathologiques qui unissent entre eux les organes pelviens et qui sont le reliquat des inflammations salpingo-ovariennes ; dans bien des cas, ce n'est pas tant la castration qui rend service que la destruction des adhérences vicieuses, ce que le massage permet de faire aussi bien que la laparotomie. »

A côté de ces indications on peut placer les *tumeurs fibreuses enclavées* et les *tumeurs fibreuses adhérentes*, douloureuses, alors que l'urgence de l'hystérectomie n'est pas démontrée, que la malade ait dépassé la ménopause ou que la ménopause soit prochaine, ou bien encore que le volume de la tumeur

rende l'opération radicale dangereuse et qu'il n'y ait pas d'hémorragies rebelles au traitement palliatif.

Pour ne pas allonger outre mesure cette Revue, nous laisserons de côté l'*incontinence d'urine* (BRANDT, NARICH, etc.), dont nous avons déjà parlé à diverses reprises, notamment dans le numéro de juin 1892, et les *brides utéro-vaginales* récentes, et nous allons préciser les indications du massage dans les lésions des annexes.

Nous l'avons dit et nous le répétons, les *lésions aiguës et récentes des annexes* contre-indiquent le massage. En matière d'inflammation pelvienne, le massage n'est jamais que le complément d'une thérapeutique destinée à éteindre l'inflammation et à obtenir une désinfection aussi complète que possible de la vulve, du vagin et de l'utérus. On comprend l'importance de ces soins primitifs quand on sait que, une fois l'utérus désinfecté, les suppurations pelviennes deviennent stériles, au bout d'un temps plus ou moins long, si on évite toute réinfection utérine.

Les *kystes tubaires complètement fermés* ne doivent pas être traités par le massage, qui ne saurait en rien les modifier. Mais il faut ajouter immédiatement que, contrairement à une opinion très répandue, la perméabilité de l'ostium uterinum (soit d'emblée, soit après curettage des angles de la cavité utérine et après un certain nombre de dilatations) est infiniment plus fréquente que ne le disent certains auteurs. Les *kystes tubaires profluents* et à pus stérile peuvent être traités par le massage, à la condition d'y recourir avec prudence et douceur; des pressions très légères de dehors en dedans permettent alors parfois l'évacuation du contenu de la trompe dans l'utérus, ainsi que MURRAY (voir les numéros d'avril et septembre 1894) en a rapporté des exemples et ainsi que nous en avons nous-même observé plusieurs cas. Dans ces conditions, le massage très léger est sans danger et représente le meilleur drainage naturel.

Quant aux *lésions anciennes de péri-salpingite, de péri-*

ovarite avec ou sans prolapsus des annexes, elles guérissent rapidement par un massage bien fait et méthodique.

En résumé, le massage gynécologique ne doit être entrepris que par les médecins rompus aux difficultés de l'examen bimanuel et après un diagnostic mûrement raisonné.

Les indications du massage aussi bien que ses contre-indications sont nettes et précises. Le massage n'est pas un moyen indifférent, c'est une ressource précieuse quand on sait l'employer avec douceur, avec habileté, avec prudence et toujours sans violence ; mais il ne doit venir qu'à son heure, alors que les autres moyens thérapeutiques ont fait tomber l'inflammation et désinfecté l'utérus ; l'appliquer à l'aveuglette, d'une façon exclusive, sans diagnostic précis, c'est s'exposer à faire plus de mal que de bien.

Avec ces réserves et dans les conditions bien nettes que nous avons spécifiées, le massage est incontestablement un très gros progrès dans la thérapeutique conservatrice des affections utéro-ovariennes.

JULES BATUAUD.

CLINIQUE DE SAINT-LAZARE

(D^r CHÉRON)

Pendant 16 années consécutives nous avons fait ensemble à la clinique de la rue de Savoie une étude sérieuse et approfondie des maladies de l'appareil génital de la femme.

Aujourd'hui l'administration à laquelle ressortit Saint-Lazare en ouvre les portes aux confrères et aux étudiants, c'est pourquoi notre enseignement se continue, en même temps, dans cet hôpital de la salubrité de la ville de Paris, où les cas sont nombreux qui relèvent de cette gynécologie médico-chirurgicale conservatrice, un moment si délaissée, que la grande chirurgie semblait devoir la faire disparaître à tout jamais.

Nous n'avons point subi l'engouement qui entraînait le monde médical dans cette voie nouvelle, et, fidèle aux saines traditions de la clinique, nous avons continué notre étude, tout en bénéficiant des conquêtes de la science, relatives aux moyens thérapeutiques nouveaux et aux questions d'asepsie et d'antisepsie dont la médecine gynécologique, elle-même, avait à connaître aussi bien que la chirurgie.

Si la chirurgie gynécologique, contre laquelle réagissent aujourd'hui les enthousiastes d'hier, a dépassé dans son ardeur, bien compréhensible d'ailleurs, la limite du nécessaire, elle n'en a pas moins rendu à la gynécologie de signalés services en permettant d'élucider de nombreuses questions relatives aux salpingites, aux ovarites, aux suppurations pelviennes et à tant d'autres affections que l'absence de preuves, *in manu*, empêchait d'approfondir.

Nous lui devons donc une large reconnaissance à cette chirurgie hardie et nouvelle, qui a fait faire un pas énorme à la gynécologie dont elle a éclairé l'anatomie pathologique, la pathogénie, le diagnostic et le pronostic. Mais, a-t-elle fait faire au traitement des affections de l'appareil utéro-ovarien, un pas égal à celui qu'elle a fait faire aux autres parties que je viens de mentionner ?

La question mérite qu'on s'y arrête.

La chirurgie depuis quelques années, depuis que l'application des principes de l'antisepsie lui a permis de tout tenter, de tout oser, s'est efforcée de se substituer de toute pièce, à la gynécologie médico-chirurgicale conservatrice. C'est ainsi que naquirent les grandes opérations qui, pendant un temps, supprimaient si aisément l'utérus, les trompes et les ovaires, lorsque ces organes reconnus malades peu ou prou, étaient altérés dans leur texture, modifiés dans leur situation ou même, quelquefois, simplement endoloris, comme dans les cas de grandes névralgies pelviennes.

L'espérance de guérir promptement, et d'une façon radicale, a poussé les femmes à courir, pour ainsi dire, au devant de ces opérations. En effet, il est résulté pour celles-ci de leurs

conversations entre elles sur la matière, par un échange de pensées et d'appréciations mutuelles, par la citation de cures nombreuses menées à bien et connues des unes ou des autres, une sorte d'état mental particulier, une sorte d'entraînement impulsif éloignant la crainte du danger à courir avec la préoccupation seule du but à atteindre.

La chirurgie a bénéficié de cette bonne disposition, l'habileté des chirurgiens s'en est accrue, de magnifiques succès ont été enregistrés et les statistiques se sont améliorées de plus en plus.

Tout cela est fort bien, sans doute, puisque de nombreuses opérations ont démontré que la santé est compatible avec l'ablation de l'appareil utéro-ovarien ; mais il me semble que ce n'est pas ainsi qu'il faut envisager la question.

La chirurgie est-elle moralement autorisée à priver les malades de leur appareil utéro-ovarien, sans avoir épuisé l'action des moyens médicaux et sans avoir pratiqué les opérations conservatrices susceptibles de ramener la santé, sans les interventions extrêmes ?

Non sans doute ; tout le monde est d'accord sur ce point, les chirurgiens eux-mêmes.

Avant de se résoudre à faire l'ablation totale de l'appareil utéro-ovarien, avant de pratiquer une opération de cette importance, il faut en arriver à se dire que tous les efforts ont été faits pour conserver les organes menacés, que rien n'est plus à tenter dans la voie de la conservation.

Je sais bien que cette assertion : *tout avait été essayé jusque-là*, figure dans bon nombre d'observations, mais j'avoue qu'après m'être enquis de ce que pouvait représenter ce *tout* essayé sans succès, je me suis dit qu'il y avait lieu de s'entendre au préalable, et de préciser et de déterminer les moyens susceptibles, en pareil cas, d'être mis en œuvre avec avantage.

Mais avant de les énumérer, avant d'en démontrer la grande

utilité, il nous reste quelques considérations à présenter au sujet de l'opportunité de l'intervention mutilante ou de la non intervention, dans les cas d'affections de l'appareil utéro-ovarien.

Le nombre est grand des malades à qui on a proposé l'ablation de l'utérus, des trompes et des ovaires, et qui, traitées par de simples moyens médicaux, ont vu survenir une ou plusieurs grossesses. Il en existe de nombreux cas publiés, depuis quelque temps déjà.

Il résulte de ce fait que l'ablation de l'appareil génital interne de la femme, faite dans ces conditions, a privé de la fonction de reproduction bon nombre de malades, opérées en dehors d'indications strictement établies qui, par conséquent, auraient dû échapper à l'opération mutilante.

Pratiquer l'hystérectomie pour remédier aux inconvénients d'une rétroversion avec ou sans adhérences, au prolapsus de la matrice, à une paramérite non suppurée aux grandes névralgies pelviennes, etc., représente le plus souvent des applications excessives d'une belle et bonne opération, car les affections que je viens de mentionner, auxquelles celle-ci porte remède en enlevant tout, guérissent souvent par l'emploi de simples moyens physiques de l'ordre purement médical. Nous en avons vu ensemble un grand nombre.

En outre, les suppurations pelviennes, elles-mêmes, peuvent être évacuées par des incisions dans la région rétro-utérine, dans un grand nombre de cas, ce qui réduit encore les indications de l'ablation des organes essentiels de la génération, chez la femme.

Il est un autre ordre de considérations que je crois devoir mettre aussi en avant.

Les malades hystérectomisées sont-elles généralement guéries, leur santé est-elle redevenue excellente de par l'ablation totale ? Dans quelques cas, oui ! Dans un grand nombre de cas, le résultat laisse à désirer.

Je vous ai montré, ici même, quelques malades privées de

leur appareil utéro-ovarien, qui ont conservé, les unes des troubles vaso-moteurs, donnant lieu à des accès épileptoïdes que la médication classique (bromures et purgatifs) n'a su vaincre.

D'autres sont prises de douleurs dans les régions ovariennes et toute médication, en dehors des injections hypodermiques de morphine, n'en peut venir à bout.

Je vous rappellerai aussi ces cas où l'absence d'exsudats inflammatoires et d'adhérences a laissé venir à la vulve un paquet intestinal que plus rien ne pouvait maintenir.

Sans doute, toute médication, toute intervention chirurgicale a ses revers ; mais dans le cas d'ablation de l'appareil utéro-ovarien nous avons le droit et le devoir d'y insister d'autant plus que l'intervention dont nous parlons a pour but de faire une cure radicale. Nous publierons ultérieurement tous les résultats que nous avons pu réunir depuis plusieurs années.

Il en est encore de même, pour les tumeurs fibreuses.

Je fus le premier à présenter, en 1879, au public médical, une méthode de traitement que je pratiquais depuis 1867 — *l'intermittence rythmée du courant continu*, — que depuis lors j'ai modifiée en substituant à l'intermittence rythmée du courant continu, la *décharge rythmée du condensateur*. Si j'insiste sur ce fait, c'est pour déduire de celui-ci un fait plus intéressant à connaître. En effet, l'étude d'une méthode spéciale de traitement des corps fibreux de l'utérus m'a amené à en voir un nombre considérable pendant un espace de vingt-huit années, et sur ce nombre considérable (840), je n'ai vu que cinq malades chez lesquelles l'existence fut rendue tellement difficile par la présence de la tumeur que l'opération se fut présentée comme un bienfait, malgré sa gravité.

Tous les autres cas furent traités par la méthode que je viens de mentionner, méthode simple, nullement douloureuse et ne faisant courir aucun danger. Les succès dus à cette méthode sont nombreux, mais on pouvait lui reprocher, dans les cas d'hémorrhagies abondantes, de nécessiter un très grand nombre d'applications. Depuis longtemps déjà cette méthode employée à l'exclusion de tout autre moyen, a bénéficié de la

découverte de moyens nouveaux, tels que massage, ébranlement vibratoire, pansements à l'ichtyol, transfusions hypodermiques de sérum artificiel, etc.

On voit sous l'influence de ce traitement complexe, dont l'application électrique (décharge rythmée du condensateur) fait la base, les hémorrhagies s'éteindre, les douleurs disparaître, l'allègement se faire, les inflammations périphériques se réduire et le fibrome lui-même diminuer notablement de volume.

Nous voilà donc en présence d'une affection dont la chirurgie s'est emparée depuis peu de temps, dont la gynécologie médico-chirurgicale conservatrice vient à bout dans une mesure bien suffisante, sauf dans quelques rares exceptions.

A m'entendre insister ainsi sur l'inopportunité fréquente de l'ablation de l'utérus et des annexes, on pourrait croire que je ne rends pas justice aux services que rend chaque jour, en gynécologie, la grande chirurgie. Détrompez-vous. Autant que n'importe qui, j'apprécie les bienfaits de la grande chirurgie dans ses applications à la gynécologie ; mais ce que je déplore, c'est que cette grande chirurgie ait pu faire croire, un moment, qu'elle faisait, d'un coup, table rase de la gynécologie médico-chirurgicale conservatrice, qu'elle se substituait à celle-ci, représentant à elle seule toute la thérapeutique gynécologique.

Comme tout ce qui est excessif, la chirurgie gynécologique trop largement appliquée fera son temps. La réaction commencée depuis quelques années se poursuit lentement, il est vrai, mais sûrement. Dans un avenir qui n'est pas loin, nous verrons la gynécologie médico-chirurgicale conservatrice, déjà rajeunie par la conquête de nombreuses opérations conservatrices, par la conquête de nombreux moyens thérapeutiques et par l'application des principes de l'asepsie et de l'antisepsie, tenir la grande place en gynécologie, alors que les indications des grandes opérations mutilantes seront de plus en plus restreintes.

TECHNIQUE THÉRAPEUTIQUE

I. De l'antiseptie en gynécologie médicale,

Par le D^r Jules CHÉRON, médecin de Saint-Lazare,

et le D^r Jules BATUAUD, ancien interne de Saint-Lazare.

SOMMAIRE. — Nécessité de l'antisepsie en gynécologie médicale. — Ses limites au point de vue pratique. — L'antisepsie permet une thérapeutique locale active et énergique, et par suite restreint les indications des opérations mutilantes au profit du traitement conservateur :

- 1° Antisepsie du médecin ;
- 2° Antisepsie des instruments usités dans les examens et dans les traitements locaux non opératoires ;
- 3° Antisepsie des objets de pansement ;
- 4° Antisepsie de la malade (antisepsie de la vulve, du vagin et de l'utérus) au moment d'un examen ou pour les applications locales.

Nous ne parlerons aujourd'hui que de l'antisepsie nécessaire pour un examen ou pour les soins que le gynécologiste peut donner à une malade dans son cabinet de consultation. Quand nous aborderons l'étude des interventions de la chirurgie gynécologique conservatrice, nous compléterons ce sujet comme il convient, car, pour le dire dès maintenant, quelque peu importante que soit une opération gynécologique, l'antisepsie la plus rigoureuse devient absolument indispensable aussi bien par rapport à la malade que par rapport au médecin, aux instruments et aux objets de pansements. Dans les examens et dans les soins non opératoires, le médecin, ses instruments, ses objets de pansement doivent être irréprochables, et ce serait faire œuvre coupable de ne pas prendre toutes les précautions nécessaires pour cela ; mais, dans les mêmes cas, on se heurte à une impossibilité absolue, dans la pratique, pour obtenir l'antisepsie rigoureuse de la malade ; on est obligé de se contenter d'une antisepsie relative de la vulve, du vagin et de l'utérus, antisepsie qui, pour n'être pas idéale, est cependant suffisante, étant donné le peu de gravité du traumatisme local. Une lotion antiseptique de la vulve, une injection vaginale, le nettoyage du col et du canal cervical,

voilà tout ce que nous pouvons faire pour réaliser cette antisepsie relative de la malade que nous examinons ou que nous soignons dans notre cabinet de consultation. Cela est du reste suffisant, comme nous le disions plus haut, à la condition que le médecin, ses instruments et ses objets de pansement soient rigoureusement aseptiques.

L'antisepsie a rénové la clinique gynécologique; elle a transformé de la même façon la gynécologie médicale. Autrefois, la gynécologie médicale était tenue à la plus grande prudence, et dans bien des cas, au point de vue du traitement local, elle était presque absolument expectante; le moindre traumatisme, une simple hystérométrie pouvait devenir une cause d'infection, parfois de la plus haute gravité.

Sans antisepsie dans les examens et dans les soins médicaux, on se trouve logiquement réduit à cette formule : expectation ou ablation complète des organes malades; il n'y a pas de moyen terme.

Grâce à l'antisepsie, au contraire, une thérapeutique locale active et énergique ne présente plus aucun danger et par suite le nombre des mutilations nécessaires diminue à mesure que le traitement conservateur gagne en audace et en puissance; le sacrifice des organes de la génération ne devient dès lors indispensable que dans les tumeurs malignes et dans les suppurations impossibles à évacuer par les voies naturelles. Cette considération très importante mériterait d'être méditée par les quelques chirurgiens qui restent interventionnistes à outrance, ne connaissant que les opérations mutilantes ou l'expectation, comme si, parallèlement aux progrès de la grande chirurgie gynécologique, il n'y avait pas eu un développement très marqué et un progrès indéniable de la gynécologie médico-chirurgicale conservatrice.

1° Antisepsie du médecin. — Même pour un simple examen, pour un traitement local aussi restreint qu'on puisse le supposer comme traumatisme, le médecin n'a plus le droit, désormais, de négliger, en ce qui le concerne, les précautions antiseptiques.

Il faut éviter, à tout prix que, suivant une boutade souvent citée, la gynécologie médicale reste, ce qu'elle était trop fréquemment autrefois, l'art d'infecter les malades.

Si on est appelé à faire un examen au domicile d'une malade, on fera bien de se munir de quelques paquets de sublimé. On trouvera toujours de l'eau tiède, du savon et une brosse pour se laver les mains, car les notions antiseptiques ont suffisamment pénétré dans le public pour que, avant l'arrivée du médecin, tout soit préparé pour qu'il puisse faire un lavage des mains que personne ne songera à considérer comme trop minutieux et à plus forte raison comme inutile. Avec un paquet de sublimé d'un gramme, on fera en outre, séance tenante, une solution qui permettra de compléter le savonnage et le rinçage des mains par une immersion antiseptique.

Tout cabinet de médecin doit être muni d'un lavabo, avec les accessoires indispensables (savon, brosse à ongles), et, à proximité de la table d'examen, d'une cuvette contenant une solution de bichlorure de mercure à 1/1000. Avant chaque examen, le médecin procédera à la désinfection complète de ses mains. Nous n'avons pas besoin d'insister sur la propreté spéciale des ongles qui doivent toujours être coupés courts et qui seront curés avec soin avant l'immersion dans la solution mercurielle.

Si l'on avait eu l'occasion d'être en contact avec une plaie récemment infectée, il deviendrait nécessaire de compléter cette antiseptie des mains par une immersion dans une solution de permanganate de potasse à 10 pour 1000, puis dans une solution saturée de bisulfite de soude, enfin par une lotion à l'alcool à 90°, avant l'immersion dans la solution de sublimé. Dans le cas contraire, un bon savonnage et un bon brossage des mains, le curage des ongles, le rinçage dans l'eau, puis l'immersion de quelques minutes dans la solution mercurielle seront des précautions suffisantes.

2° Antiseptie des instruments. — On a renoncé, en gynécologie comme en chirurgie générale, à tous les instruments anciens, à manches de bois, à articulation fixe, à cannelures multiples, à

mécanismes compliqués. Les meilleurs instruments sont ceux qui sont les plus simples, les plus faciles à démonter et à nettoyer par conséquent. Ils doivent tous, autant que possible, être nickelés pour subir l'ébullition et le contact avec des solutions phéniquées fortes sans être détériorés. Nous décrirons, dans les articles qui suivront, les instruments auxquels nous donnons la préférence et, pour chacun d'eux, le mode d'antisepsie le plus pratique. Pour aujourd'hui, nous nous bornerons à des généralités.

Il importe d'avoir, dans son arsenal, un assez grand nombre d'instruments de chaque sorte pour que, dans une même consultation, on n'ait jamais besoin de se servir deux fois du même instrument, au moins pour ceux qui sont d'un emploi courant : spéculums, pinces à pansement, hystéromètres, porte-topiques, dilatateurs, scarificateurs.

A la fin de la consultation, tous les instruments qui ont servi doivent être démontés, lavés à l'eau froide, brossés, essuyés minutieusement, bouillis pendant 20 minutes, puis égouttés, essuyés et passés (pour les instruments non tranchants) sur la flamme d'une lampe à alcool, ou encore, comme on peut le faire dans toutes les villes qui ont une distribution de gaz d'éclairage, sur la flamme d'un bec de Bunsen.

Les instruments sont alors rangés dans une vitrine bien close et, au moment de s'en servir, on les passe de nouveau sur la flamme du bec Bunsen et on les met dans un plateau contenant de l'eau phéniquée à 4 0/0.

Pour les instruments tranchants, nous avons fait fabriquer un petit stérilisateur à eau, chauffé très rapidement par le bec Bunsen, qui permet la stérilisation extemporanée par l'eau bouillante avant l'immersion dans la solution phéniquée forte. Une demi-heure avant la consultation, on place dans ce stérilisateur les instruments tranchants (scarificateurs, pinces, etc.) dont on pense avoir besoin; on allume le bec de gaz et, au moment de commencer la consultation, on les retire du stérilisateur pour les placer dans le plateau d'eau phéniquée.

3° Antisepsie des objets de pansement. — Pour les pansements, on emploie des topiques antiseptiques (teinture d'iode, chlorure de zinc en solution à 1/10 à 1/50, résorcine en solution concentrée, solution saturée d'acide picrique, solution de nitrate d'argent, glycérine créosotée, glycérine iodoformée, glycérine sublimée, poudres d'iodoforme, de salol, etc.), de la ouate hydrophile et des gazes absorbantes chargées ou non d'iodoforme, de salol, etc.

Pour les topiques, la seule précaution à prendre est de les tenir à l'abri des poussières, dans des flacons bien bouchés, et de n'y plonger que des instruments rigoureusement stérilisés.

Les gazes et la ouate demandent plus de soin, car, d'une façon générale, il serait imprudent de s'en rapporter uniquement à l'antisepsie des fabricants.

Ouates et gazes doivent être préparées les unes en fragments gros comme des noix ou en fragments agglomérés et liés par un fil comme nous le verrons plus loin en décrivant les pansements vaginaux, les autres coupées en bandelettes de 5 cent. de large et de 10 cent. de longueur.

On les stérilise dans les étuves à air sec⁽¹⁾ ou dans les autoclaves (ces appareils seront décrits plus loin, avec la technique opératoire), puis on les met, dans des flacons de verre stérilisés (par lavage à l'aide d'une solution chaude de carbonate de potasse à 2 %, à l'acide nitrique et enfin dans l'eau bouillie) et munis d'une fermeture hermétique. Des pinces préalablement stérilisées serviront à prendre la ouate ou la gaze, dans ces flacons, au moment de faire le pansement.

Il est inutile de dire que les anciens plumasseaux de charpie, les pinceaux, les petites éponges montées sur un manche de bois ou d'os, etc., sont complètement à rejeter; la ouate hydrophile les remplace d'une façon avantageuse.

(1) Un four de cuisine chauffé à 150° peut servir parfaitement d'étuve à air sec. Il est important d'isoler, dans ce cas, les paniers contenant la ouate ou la gaze à stériliser, avec des coquetiers de porcelaine; sans cette précaution, la ouate serait certainement roussie; sinon complètement brûlée. Nous reviendrons du reste sur ce point.

4° Antisepsie de la malade. — Pour un simple examen, on ne peut songer à savonner la vulve, à savonner et à brosser le vagin, encore moins à raser les poils du pubis et de la vulve, comme l'exigerait une antisepsie rigoureuse. Il faut bien dire, du reste, que, dans la clientèle, bains préalables et savonnages locaux, injections vaginales ont été faits par la malade avant qu'elle se soumette à l'examen. Une lotion de la vulve et une injection vaginale avec une solution de sublimé à 1/4000 seront toujours cependant utiles immédiatement avant l'examen ou le pansement.

Si l'on doit introduire un instrument (hystéromètre, porte-topiques, dilatateur, seringues ou sonde à injection intra-utérine, curette d'exploration, etc.) dans la cavité utérine, il faut d'abord nettoyer, autant que possible, le canal cervical, ce qui se fait avec une petite poupée d'ouate hydrophile montée sur un porte-topique et imbibée d'alcool à 90° ou d'acide picrique en solution saturée (Chéron) pour bien enlever les mucosités contenues dans la cavité du col, puis on fait une application de chlorure de zinc à 10 % dans le canal cervical, et ce n'est qu'après avoir pris ces précautions, qu'on pénétrera dans la cavité du corps utérin. D'une façon générale, on évitera l'emploi de l'hystéromètre toutes les fois que le diagnostic pourra être établi par l'examen bimanuel, ce qui est le cas habituel. Nous recommandons également de commencer toujours le traitement par la désinfection de la vulve, du vagin, du col et du canal cervical, avant de passer au traitement de la cavité utérine, quand il n'y a pas une nécessité absolue de faire autrement.

Disons, pour terminer ce sujet, que le médecin doit se donner la peine d'indiquer aux malades les fautes qu'elles commettent le plus souvent au point de vue de l'hygiène locale. C'est ainsi qu'on ne saurait trop insister sur la nécessité d'abandonner complètement l'usage des éponges pour la toilette intime, sur le danger des garnitures compliquées et difficiles à laver d'une façon parfaite (tels sont les filets garnis d'ouate, etc.), sur les précautions à prendre pour tenir en état d'asepsie absolue la canule à injections vaginales, etc. Il y a, dans ces fautes commises par

les malades contre l'antisepsie, des causes très réelles de réinfection, que le médecin doit toujours avoir présentes à l'esprit.

(*A suivre.*)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

—

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 2 janvier 1895.

LES MÉFAITS DU MASSAGE EN GYNÉCOLOGIE.

M. Pozzi. — Voici des pièces anatomiques intéressantes ; ce sont des trompes et des ovaires que j'ai récemment enlevés à une femme qui, atteinte d'ovaro-métrite, avait été traitée par le massage, et qui à la suite de ces manœuvres, avait présenté des douleurs vives, des pertes de sang, et tous les signes d'un hématocele. A gauche, j'ai trouvé une trompe transformée en un sac qui avait l'air d'un pyosalpinx (parois épaisses et tomenteuses), mais qui ne contenait que du sang ; autour de cette trompe, voyez un abcès péri-salpingien. A droite, la trompe est kystique et contient un petit peu de sang. Au résumé, le fait dominant est ici l'existence d'une péri-salpingite suppurée provenant sans doute de l'expression dans le ventre, par l'orifice extérieur de la trompe et sous l'influence du massage, d'une partie du pus que contenait la poche salpingienne. De même, c'est au massage qu'il faut attribuer l'hémorrhagie intra-sacculaire.

M. Bouilly. — J'ai observé tout récemment plusieurs méfaits du massage ; celui-ci peut développer des accidents formidables. Premier cas : femme ayant un sarcome interutéro-rectal ; massage, hémorrhagie, puis suppurations dans le néoplasme et autour de lui, mort. Deuxième cas : rétroversion simple sans adhérences et sans phénomènes annexiels, massage, douleurs vives, accidents péritonéaux sérieux, nécessité de garder le lit ; la rétroversion devient douloureuse. Troisième cas : petites lésions ovariennes ; massage : alors les douleurs augmentent considérablement et la malade est obligée de prendre le lit.

On applique le massage à tort et à travers. Il serait bon que

nous discussions ici cette question des méfaits du massage. Peut-être a-t-il des indications précises. Pour moi, je les ignore encore et je ne sais rien des cas où il peut, par ses bienfaits, compenser le mal qu'il fait ailleurs.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Le massage est fécond en désastres ; dès qu'il existe une lésion des annexes, si légère qu'elle soit, elle est très aggravée par lui. J'ai observé des cas très démonstratifs. En ce qui concerne les bienfaits possibles de ces manœuvres, je suis, je l'avoue, un peu sceptique. Peut-être, y a-t-il des cas favorables, mais j'ai beaucoup de méfiance. En tout cas, aujourd'hui, on masse sans raison et sans distinction toutes les malades. C'est contre cet abus dangereux que je proteste.

M. RICHELOT. — Nous avons tous vu ces résultats désastreux du massage gynécologique. Il a cependant quelquefois du bon. J'ai proposé l'autre jour la laparotomie à une femme qui avait des lésions ovaro-salpingiennes importantes. Elle a refusé et s'est fait masser. Alors, les douleurs ont tellement augmenté que la malade s'est décidée de suite à l'intervention proposée.

M. ROUTIER. — Dans mon service vient une dame qui masse quelques malades. Quand ces malades ont des lésions annexielles, si légères qu'elles soient, elles sont prises d'accidents douloureux, et je les opère rapidement. On peut dire du massage qu'il est un vrai moyen de diagnostic : s'il ne fait pas de mal, c'est que l'appareil annexiel est sain : s'il fait du mal c'est qu'il ne l'est pas.

M. POZZI. — Je suis heureux d'avoir attaché le grelot à cette question. Le massage est, en effet, souvent détestable. Je ne comprends pas que M. Doléris ait pu dire que, grâce à lui, on pouvait exprimer dans l'utérus, par l'ostium utérin, le contenu de la poche salpingienne ; cet orifice est, pour ainsi dire, toujours oblitéré et le pus est sequestré du côté de l'utérus. Si l'on vide la poche, c'est dans le ventre.

M. MONOD. — De cette discussion il va ressortir, pour tout lecteur impartial, que le massage est une détestable méthode, toujours condamnable. Or, il est des cas où il donne de bons résultats.

M. BOUILLY et M. CHAMPIONNIÈRE. — Nous ne disons pas le contraire. Et c'est précisément pour que ces cas soient bien établis et pour qu'on puisse faire un déport entre les malades, que nous

avons demandé la discussion. Où et quand le massage peut-il d'abord ne pas faire de mal, ensuite procurer aux malades quelques bénéfices ?

M. Pozzi. — Il est en matière de salpingite beaucoup plus grave que la laparotomie.

(*Gazette médicale de Paris.*)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 15 décembre 1894.

COMMUNICATIONS ENTRE LES LYMPHATIQUES GÉNÉRAUX DE LA FEMME ET CEUX DU RECTUM.

M. HENRY MORAU. — L'auteur a vu d'une façon constante et normale les lymphatiques du tiers moyen du vagin donner naissance à deux troncs médians situés sur la paroi postérieure de ce conduit et se résolvant en un fin réseau sur la paroi antérieure du rectum. Ce réseau communique largement avec le réseau similaire de la musculature du rectum dans tous les points où ce dernier est en contact avec le vagin.

Lorsqu'il y a des adhérences entre l'utérus et le rectum, le tissu même de l'adhérence étant presque uniquement formé de lymphatiques, la communication entre les deux organes est plus large.

Ces données anatomiques permettent de dire qu'une injection vagino-utérine peut se propager par la voie lymphatique au rectum et inversement.

(*Bull. méd.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Séance du 28 juillet 1894.

UTÉRUS DOUBLE BICORNE

M. SCHUHL rapporte deux observations d'utérus double bicorne avec cloisonnement vertical complet du vagin. — Dans le premier cas, il s'agit d'une pièce anatomique qui présente les particularités suivantes : l'utérus a une longueur de 23 millimètres ; au niveau de son fond existe une dépression ayant deux millimètres de profondeur.

Dans chacune des deux cavités de la matrice on remarque deux bourrelets longitudinaux des plis palmés ; l'un des orifices cervicaux est normal ; dans l'autre moitié de l'utérus, l'extrémité du museau de tanche est imperforée, et la cavité utérine communique avec le vagin par un orifice situé en dedans du col imperforé. M. Schuhl rappelle l'opinion de Mihalkovics, d'après laquelle, sur un utérus normalement développé, les colonnes des plis palmés indiquent la ligne de fusion des deux canaux de Muller; mais elle ne semble pas toujours être l'origine de ces colonnes, puisque, dans la pièce anatomique présentée à la Société, elles existent malgré la persistance de la cloison de séparation des deux canaux primitifs.

Dans la deuxième observation, qui a été recueillie dans le service de M. le professeur A. Herrgott, la femme chez laquelle on a constaté la malformation des organes génitaux était enceinte, atteinte de tuberculose pulmonaire, d'affection du cœur, d'albuminurie, de viciation pelvienne due à une cyphoscoliose rachitique. L'accouchement eut lieu avant terme ; le fœtus pesant 1,550 gr. se présentait par le siège.

Pendant l'expulsion du fœtus, la cloison vaginale se rompt complètement.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÆDIATRIE DE BORDEAUX

Séance du 13 novembre 1894.

A propos du procès-verbal.

M. LEFOUR. Je regrette de ne pas m'être trouvé ici lors de la présentation d'appareil de M. Rivière. J'aurais pu répondre à plusieurs reproches qui ont été faits à mon mode de fixation des tiges intra-utérines. On a dit que les crins de Florence coupaient peu à peu le col et que les tiges étaient expulsées. Je n'ai jamais vu cela, si ce n'est pour la première tige que j'ai mise. J'étais, à cette époque, d'avis de laisser l'extrémité de la tige affleurer le col, par conséquent le crin était retenu par une faible partie de tissu. Cette tige ne fut cependant expulsée qu'au bout de onze mois. Maintenant, j'enfonce mes tiges beaucoup plus profondément dans la cavité utérine ; j'ai renoncé au crin de Florence et j'use d'un fil d'argent que je passe aussi près que possible de l'in-

sertion du col. Ainsi modifié, mon procédé me paraît être le procédé de choix ; il ne nuit en rien à la mobilité de l'utérus et ne nécessite l'appui d'aucun appareil sur les parois vaginales.

FOETUS MOMIFIÉ RETENU DEUX MOIS DANS L'UTÉRUS.

M. AUDEBERT. Il s'agit d'une jeune femme, primipare, dont les dernières règles remontent au mois de mai, et qui présenta dès le début de juin les phénomènes ordinaires de la grossesse. A la fin d'août, après un voyage à Paris et de grandes fatigues, elle eut une très violente hémorrhagie qui se produisit vers le milieu de septembre. Elle remarqua que, depuis cette époque, son ventre n'augmentait plus de volume et que ses seins s'étaient notablement affaissés. La semaine dernière, elle fut prise d'une perle de sang très abondante et a expulsé ce matin même l'œuf que je présente ici.

La grossesse remonte, à l'heure qu'il est, à cinq mois ; or, cet embryon a à peine trois mois ; il faut donc admettre que la mort du fœtus coïnciderait avec les hémorrhagies de la fin d'août et qu'après la mort, il est resté deux mois dans la cavité utérine.

Ces cas de rétention prolongée ne sont pas rares, d'ailleurs, et on cite des fœtus qui ont succombé dans les premiers mois de la grossesse et n'ont été expulsés que quand celle-ci était arrivée à terme.

Dans ces cas, le fœtus subit des modifications variables : 1° *disolution*, surtout dans les deux premiers mois ; 2° *momification*, le fœtus a l'aspect ratatiné comme un fruit dans l'eau-de-vie ; 3° *macération*, le fœtus est ramolli, infiltré ; la peau se détache, se couvre de phlyctènes, surtout après le cinquième mois ; 4° *putréfaction*, quand l'œuf est ouvert, les membranes rompues.

Ici, le fœtus est légèrement *momifié*, les tissus sont resserrés, ratatinés, racornis, leur couleur est grisâtre, terreuse ; la tête est aplatie comme une pièce de monnaie ; le placenta est dégénéré.

CANCER DE LA MUQUEUSE DU CORPS UTÉRIN.

M. DEMONS. Les auteurs ont longtemps insisté sur la rareté du cancer de la muqueuse du corps de l'utérus. C'est ainsi que Gallard disait que, dans toute sa pratique, il n'en avait constaté

que deux cas. Les idées ont bien changé depuis la vulgarisation de l'hystérectomie ; on a pu voir que le cancer du corps utérin existait dans une proportion de 1 pour 300 par rapport au cancer du col.

Je veux rapporter un cas démonstratif : Une femme de soixante ans, du Gers, avait vu cesser ses règles à cinquante-deux ans ; elles reparurent deux ans après, mais peu de temps ; à l'âge de cinquante-sept ans, s'établit chez elle une perte de sang, constante. Le sang était mêlé de sanie. Elle affirmait *n'avoir jamais éprouvé aucune douleur*. Elle était pâle, anémiée, affaiblie. L'utérus était gros comme le poing, régulier dans sa masse, de consistance un peu ramollie. De l'orifice s'écoulait un liquide sanieux, non fétide. On essaya de faire l'hystérométrie, mais cette tentative donnant lieu à un écoulement de sang abondant, on n'insista pas. Le diagnostic porté fut celui de cancer de la muqueuse du corps, surtout en raison de l'âge de la malade, de l'abondance de la perte muco-purulente, de l'augmentation du volume du corps utérin et de son ramollissement. L'hystérectomie vaginale fut pratiquée assez facilement d'ailleurs. Je répète que chez cette malade, il n'y avait jamais eu de douleur, fait important si l'on songe que certains chirurgiens considèrent la douleur comme un symptôme capital du cancer du corps de l'utérus. L'examen, que M. Coyne a bien voulu pratiquer, démontre qu'il s'agissait d'un cancer diffus de la muqueuse.

M. COYNE. Le col était sain, mais au-dessus de l'orifice interne on trouvait une grande cavité emplie de végétations intriquées les unes dans les autres ; la paroi utérine, épaissie, présentait une zone superficielle constituée par des végétations volumineuses, abrasées pour la plupart à leur sommet par le fait du processus inflammatoire ; elles étaient formées par un stroma conjonctif et un épithélium cylindrique qui leur donnait une apparence glandulaire ; au-dessous, une autre zone d'un aspect tout particulier, présentant de grandes cavités creusées au sein des éléments musculaires et contenant des cellules épithéliales cylindriques disposées en circonvolution ; les parois musculaires, qui d'ailleurs étaient infiltrées de cellules embryonnaires, étaient séparées des masses épithéliales cylindriques par un espace clair, fait qui ne se produit pas lorsqu'il s'agit d'épithéliums normaux, mais est constant dans les épithéliomas.

M. RIVIÈRE. J'ai eu un cas analogue à celui de M. Demons. Une femme de cinquante ans voyait ses règles augmenter d'abondance depuis un an ; l'examen et même l'hystérométrie ne révélèrent rien de particulier. Je pensai à une endométrite fongueuse, mes propositions d'intervention furent repoussées. Six mois après, l'utérus était très augmenté de volume. Le col était sain ; le doigt, pénétrant profondément dans le canal cervical, sentait de grosses végétations ; je pus en enlever une et la faire examiner au microscope ; il s'agissait nettement d'un épithélioma. La malade était fortement diabétique, son état général était mauvais ; je reculai devant une intervention radicale et me bornai à faire, à titre palliatif, un curettage soigneux de la cavité utérine. Je pus extraire une grande quantité de masses végétantes molles. L'état général se releva, mais au bout de six mois, le diabète ne s'étant pas amélioré, l'état général redevint mauvais, l'utérus proliféra à nouveau et la malade mourut. Elle n'avait jamais accusé de notables douleurs.

M. CHALEIX. Il y a plusieurs mois, je fus consulté, au Dispensaire de Bacalan, par une femme de quarante-cinq ans, encore réglée, très bien portante en apparence, qui se plaignait uniquement de pertes un peu fétides, teintées de sang. L'utérus était augmenté de volume ; le col, un peu gros, était sain extérieurement ; l'hystéromètre ne rencontrait rien dans le canal cervical, mais ne pouvait pénétrer dans la cavité du corps, arrêté par des masses de consistance inégale. Cet examen donnant lieu à un écoulement de sang abondant, je songeai à un épithélioma du corps utérin, déjà inopérable ; l'utérus, en effet, avait perdu toute mobilité. Notre malade était arrivée à cette douleur. Je la fis entrer dans un service de chirurgie de l'hôpital Saint-André, où le diagnostic fut confirmé. On se borna à un curettage palliatif qui ne donna que peu de résultats.

M. DEFOUR. M. Demons s'étonne de n'avoir pas trouvé de douleurs chez sa malade et attache à cet élément douleur une valeur diagnostique considérable. Je ne trouve pas ce symptôme aussi précoce et aussi constant que le croit M. Demons. La douleur manque souvent ; les femmes atteintes de cancer utérin viennent consulter plutôt pour leurs pertes sanguines ou autres que pour leurs douleurs.

M. DEMONS. M. Lefour confond ici le cancer du col avec le

cancer du corps, le seul dont je veuille parler maintenant. Dans le cancer du col, en effet, il y a peu ou pas de douleur au début, la douleur est tardive. Si bien que lorsque les femmes viennent uniquement consulter pour leurs douleurs, il est trop tard pour opérer. Ce fait est pour moi presque constant. En ce qui concerne le cancer du corps, la douleur est plus fréquente et plus précoce, mais elle est également loin d'être constante et c'est précisément pour réagir contre l'importance exagérée qu'on lui attribue en pathologie que j'ai tenu à rapporter cette observation.

M. COURTIN. M. Demons a-t-il jamais vu du liquide ascitique sortir par les culs-de-sac après l'ablation vaginale de l'utérus ? Dans un cas de cancer à marche rapide, je fis l'hystérectomie vaginale ; je trouvai le cul-de-sac postérieur plein de liquide ascitique ; cette circonstance me parut assombrir beaucoup le pronostic ; et, de fait, la malade mourut un mois après, de généralisation cancéreuse osseuse et pulmonaire.

M. DEMONS. Quelquefois, en effet, on trouve du liquide en faisant l'hystérectomie vaginale. Ce liquide peut être urinaire si l'on a ouvert la vessie, ce qui peut arriver à tout chirurgien, si habile qu'il soit. Le liquide peut aussi venir de poches kystiques, ovariennes ou salpingiennes, rompues au cours de l'opération. Il peut, enfin, comme dans le fait de M. Courtin, être ascitique, et donne alors une sévérité particulière au pronostic. Dans le cas que j'ai opéré, le cancer était bien limité et, à ce propos, je pourrais faire remarquer que le cancer de la muqueuse du corps peut être moins grave et plus lent à se propager que celui du col.

M. L. HIRIGOYEN. Dans une discussion qui eut lieu ici même l'an dernier sur l'endométrite des vieilles femmes, j'ai parlé d'une femme âgée que j'avais longtemps soignée pour des pertes de sang revenues après la ménopause et que je rattachai à de l'endométrite simple. Je ne l'ai plus revue depuis, mais j'ai su récemment que son état général était à l'heure actuelle excellent.

M. RIVIÈRE. Ne pourrait-on tirer de notre entretien cette conclusion pratique que toutes les fois que l'on est consulté pour des pertes de sang chez une femme qui a déjà subi la ménopause, il faudrait enlever à l'aide d'une curette quelques fragments de muqueuse et les examiner au microscope ?

M. LEFOUR. Je procède toujours ainsi, même chez les femmes encore réglées. A l'aide d'une petite curette, je retire un frag-

ment de muqueuse et le résultat de l'examen histologique que j'en fais faire décide de ma conduite.

M. COYNE. Certainement, un curettage préventif peut donner de précieux renseignements et déceler la présence d'un épithélioma ; j'ai autrefois (9 février 1892) présenté à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, la préparation d'un fragment retiré pendant un curettage fait pour une endométrite hémorrhagique. Elle imposait le diagnostic d'épithélioma et donnait lieu à un pronostic qui s'est malheureusement confirmé. Mais, pour que l'examen histologie ait quelque valeur, il faut qu'on ait à sa disposition un fragment d'une certaine épaisseur ; c'est pour cela que le curettage explorateur ne peut être un moyen de pratique courante et générale.

M. DEMONS. Dans les cancers du corps utérin, les renseignements donnés par le curettage ne seraient pas constants, en effet, aux époques précoces, c'est-à-dire au moment où il serait le plus utile d'être fixé, le néoplasme n'est pas toujours diffus.

M. CHALEIX. Au cours de la discussion soulevée ici par une communication de M. Monod (8 novembre 1892) sur l'endométrite des vieilles femmes, il a été rapporté plusieurs cas d'endométrite interstitielle atrophique, dans laquelle la muqueuse est très amincie et complètement transformée. M. A. Boursier insista sur ces faits et sur leur interprétation anatomo-pathologique. Dans ces métrites, le curettage même soigneux, fait dans un but curatif, ne ramène rien. Chez une malade, dont j'avais parlé à cette occasion et que j'avais curettée, l'instrument glissait sur une muqueuse absolument lisse. Je crois le curettage explorateur ou curateur illusoire en pareille circonstance.

M. LEFOUR. Moi aussi, j'ai fait un curettage chez une vieille femme métrorrhagique et mon curettage n'a pas ramené le moindre débris ; plus tard, les symptômes ont affecté nettement la forme cancéreuse. Quoi qu'il en soit, j'insiste sur l'excellence du curettage explorateur préventif que je pratique toujours.

M. COYNE. Dans les sortes de métrite auxquelles fait allusion M. Chaleix, les glandes ont pour ainsi dire disparu, la muqueuse est modifiée. Ces métrites guérissent souvent par processus cicatriciel. Ici, le curettage ne donnerait absolument rien. D'autre part, il y a chez les vieilles femmes des endométrites végétantes au sujet desquelles le curettage pourrait induire en erreur.

RÉTENTION DE MEMBRANES DANS LA CAVITÉ UTÉRINE.

M. LEFOUR. Une jeune femme de vingt-quatre ans, primipare, accouche très rapidement, délivrance presque immédiate. J'examine le délivre, je constate que les membranes sont incomplètes et qu'il manque une partie de l'amnios et du chorion. Je ne me préoccupe pas de cet incident, persuadé que ce fragment sera rapidement expulsé et que les lavages antiseptiques préviendront toute altération infectieuse des éléments retenus. Je fis, d'ailleurs, immédiatement un lavage utérin. Dans les jours qui suivirent, l'écoulement sanguin et lochial fut très peu abondant ; aucune mauvaise odeur ; pas d'élévation de température ; involution utérine normale. Quinze jours après, ma cliente éprouva de vives coliques et expulsa un morceau de membrane mesurant près de dix-sept centimètres de long sur huit de large. Ce fragment n'était nullement altéré.

Comment expliquer cette non-altération d'un fragment membraneux laissé dans les parties génitales ? Se trouvait-il dans le vagin, où les lavages ont pu l'empêcher de s'altérer, ou dans la cavité utérine ? Je crois plutôt qu'il était en partie dans la cavité cervicale et dans le vagin, où il pouvait s'imbiber du liquide des injections antiseptiques. En effet, la malade n'a que très peu perdu de sang avant l'expulsion de ce débris de membrane. Aussitôt qu'il a été rendu, elle a expulsé une certaine quantité de sang noir, à l'écoulement duquel le fragment en question devait faire obstacle.

M. MOUSSOUS PÈRE. Il est difficile d'admettre que l'involution normale ait pu se faire, comme le dit M. Lefour, dans un utérus où séjournait un lambeau de membrane volumineux au point de faire bouchon au libre écoulement sanguin et lochial.

M. LEFOUR. L'écoulement lochial avait été peu abondant, mais il n'avait jamais été nul.

M. COYNE. Se plaçant à un autre point de vue, on peut regretter que l'examen histologique de ce fragment n'ait pas été fait. L'anatomie pathologique étudie maintenant avec un grand intérêt les cas où des fragments membraneux abandonnés dans la cavité utérine tendent à s'y greffer, pour donner naissance aux tumeurs dangereuses décrites sous le nom de *déciduomes*.

M. LEFOUR. J'avais d'abord pensé que le fragment membra-

neux avait gardé ses adhérences avec la muqueuse utérine, ainsi qu'il arrive pour le placenta, mais la parfaite involution utérine s'opposait à cette idée.

M. COYNE. Il suffit d'admettre que l'adhérence ait persisté en un seul point pour expliquer la vitalité d'un élément membraneux.

M. RIVIÈRE. L'utérus peut être rentré dans l'enceinte pelvienne et garder, malgré cela, un volume supérieur à celui qu'il a en dehors de la gravidité. Le palper uni au toucher montre bien souvent que l'involution n'est pas terminée, malgré les apparences. C'est ainsi que peut s'expliquer la longue rétention de débris membraneux dans la cavité utérine.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Procès-verbal officiel de la séance du 14 décembre 1894.

MÔLE HYDATIFORME.

M. COURTIN. J'ai l'honneur de soumettre à l'examen de la Société des pièces pathologiques provenant de la cavité utérine d'une jeune femme de vingt-quatre ans, dont voici l'observation :

Fausse couche de deux mois en 1892, accouchement d'un garçon en septembre 1893.

Fin de septembre 1894, cette femme ressent quelques troubles du côté de l'estomac ; pas de règles en octobre ; fin octobre, vomissements chaque matin au réveil, quelquefois après les repas ; le ventre augmente de volume.

15 novembre dernier, perte de sang assez abondante, repos au lit ; mais, malgré le repos, les pertes continuent ; je suis appelé auprès d'elle à ce moment, je constate que l'utérus est très développé, qu'il remonte à trois travers de doigt au-dessus du pubis et cependant les dernières règles ont eu lieu le 15 septembre ; le col est mou, raccourci, on y introduit la pulpe du doigt.

Sous l'influence du repos, l'écoulement sanguin disparaît, mais les vomissements continuent chaque matin ; la perte de sang recommence dans les premiers jours de décembre, pas de douleurs ; il y a de gros caillots expulsés sans trace de membrane.

Lundi dernier, la malade accuse une vive douleur dans la fosse

iliaque droite. La perte de sang s'arrête ; mardi je fais un nouvel examen et je trouve un utérus très développé, remontant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, offrant une sensation mollassse, comme kystique ; cette fluctuation se transmet au doigt dans le toucher vaginal et rectal ; pas de bruit de souffle utérin, pas de bruit du cœur fœtal, vomissements que rien n'arrête.

Mercredi soir, les pertes de sang réapparaissent ; jeudi matin coliques utérines ; jeudi après-midi, expulsion de la pièce que je vous présente. Pertes de sang peu abondantes après l'expulsion, le soir, l'utérus est rétracté ; au toucher, je ne sens aucune parcelle, ni dans le vagin ni dans le col ; on pratique deux injections chaque jour au sublimé.

M. LUGÉOL. La tumeur qui nous est présentée par notre collègue M. Courtin et qui fait le sujet de sa très intéressante communication est évidemment un môle hydatiforme pour nous comme pour lui, quoiqu'il n'en ait pas prononcé le nom.

Ces tumeurs ont été divisées en môles embryonnés et en môles non embryonnés ; c'est évidemment un môle non embryonné, car il est impossible d'y retrouver un vestige d'embryon dans le cordon ; mais il n'y a plus de doute actuellement sur l'unité d'origine de ces deux môles qui proviennent toujours d'une fécondation dont le développement n'a pas été normal.

Ce sont ces tumeurs sur la nature desquelles les anciens observateurs étaient dans une ignorance complète. Ce qui permettait à la superstition de dire que des vierges accouchaient de fleurs, de fruits, etc.

Elles présentent, il est vrai, le plus souvent un aspect un peu différent. Nous y voyons, en effet, ici une masse charnue formée par la caduque très épaissie et les villosités choriales hyperplasiées. Les villosités atteintes par la dégénérescence myxomateuse sont relativement rares et peu développées ; une seule a le volume d'une graine de raisin. Jusqu'aux travaux de Virchow, on regardait les lésions des villosités comme une hydropisie ; c'était l'opinion de Cayla adoptée par Robin.

C'est un accident rare de la grossesse, je n'en ai vu que deux cas. Et encore, une de ces tumeurs me fut apportée par une vieille sage-femme de notre ville qui ne me donna d'ailleurs aucun renseignement. La masse en était énorme, elle pesait 4 kilos, et certaines villosités, contenant un liquide rougeâtre, avaient le volume

d'un œuf de pigeon ; la femme guérit. Femme arrivée au quatrième mois de la grossesse, ayant des pertes de sang fréquentes et qui finit par expulser spontanément, avec une hémorrhagie assez abondante, une poche volumineuse formée par la caduque épaissie avec de nombreuses villosités choriales très volumineuses et contenant un embryon fort peu développé relativement à son âge.

La guérison fut assez rapide. Il est très rare que le diagnostic ait été fait, à moins que l'expulsion des villosités contenant du liquide n'ait eu lieu pendant les hémorrhagies. L'interruption de la grossesse n'est pas absolument fatale, pas plus que la mort du fœtus, et un savant contemporain a été le produit d'un môle hydatiforme.

M. COURTIN. Je suis très heureux que notre collègue M. Lugeol partage mon opinion sur le diagnostic de la tumeur que je viens de présenter et, laissant de côté la question du diagnostic, j'insisterai sur le côté thérapeutique et je demanderai à nos collègues si, en pareils cas, il n'y a pas de graves dangers d'infection et quelle est la conduite à tenir. Faut-il faire le curettage intra-utérin ? Faut-il laisser les choses se terminer spontanément ?

M. RIVIÈRE. Quand la grossesse est peu avancée, de deux à trois mois par exemple, l'expulsion se fait bien et complètement sans aucune intervention ; quand elle est plus ancienne, la paroi de l'utérus est pénétrée par les mûles jusqu'à la séreuse péritonéale et les vésicules myxomateuses restent emprisonnées dans les mailles du tissu utérin ; alors l'élimination se fait mal.

Il faut donc tenir compte avant tout de l'ancienneté de la grossesse et baser la thérapeutique à suivre sur ce point capital.

Dans tous les cas d'ailleurs, même dans les grossesses avancées, il faut attendre les accidents infectieux avant d'intervenir par le curettage.

M. LUGEOL. Je pense même qu'il ne faut songer au curettage que dans les cas d'une extrême gravité et cela d'autant mieux que l'intervention chirurgicale présente en elle-même des dangers. Lorsque la grossesse est avancée, l'utérus est aminci ; les vésicules hydatiformes vont jusqu'au péritoine et le curettage risque d'occasionner une perforation. Dans les cas où la grossesse est peu avancée, l'intervention chirurgicale est toujours inutile.

M. RIVIÈRE. J'ajouterai qu'en pareil cas les hémorrhagies sont

fréquentes et que le curettage expose à de très graves pertes de sang.

M. CHABRELY. Dans ma pratique, j'ai quatre fois rencontré des faits de ce genre ; chez l'un d'entre eux les vésicules étaient énormes, beaucoup plus grosses que celles que nous voyons sur la pièce de M. Courtin. Toutes mes malades ont guéri sans aucune intervention.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE ROUEN

Séance du 21 mai 1894.

GROSSESSE GÉMELLAIRE.

Il nous a été donné de soigner, depuis le commencement de sa grossesse, une jeune femme enceinte pour la 3^e fois et qui a présenté quelques particularités qu'il nous a paru intéressant de signaler à cause de leur rareté.

M^{me} A..., âgée de 30 ans, jouit d'une bonne santé habituelle, elle est fort bien constituée. Ses règles sont apparues à l'âge de 16 ans, sans difficulté, et se sont montrées ensuite d'une façon régulière.

La première grossesse remonte à 7 ans, la deuxième à 2 ans : l'une et l'autre ont été des plus normales dans leur cours et dans leurs suites. L'an dernier (1893), elle a eu ses règles pour la dernière fois le 10 mai. Jusqu'au 4 août, environ 2 mois 1/2 après, tout alla bien. Le 4 août, il se produisit une métrorrhagie abondante, et depuis cette époque jusqu'au 2 novembre, cet état de pertes ne cessa d'exister peu ou beaucoup. Dans ce laps de temps, elle perçut les mouvements de son enfant et sa grossesse évolua normalement à tous les autres points de vue.

Plusieurs fois, je fis un examen attentif de l'utérus et des annexes ; rien, sauf la métrorrhagie, ne sortait de l'état physiologique. Je pus même, à plusieurs reprises, constater les mouvements actifs du fœtus.

Enfin, le 2 novembre, c'est-à-dire près de six mois après la cessation des règles, se produisit très rapidement, en moins de quatre contractions utérines, un avortement sans la moindre hémorrhagie ultérieure, donnant issue à un enfant du sexe féminin vivant.

Au moment de la délivrance, dans le vagin, je sentis comme un cotylédon détaché du placenta. Je le tirai sans le moindre effort et le mis de côté pour l'examiner dès que ce dernier serait expulsé ; ce fut quelques instants après.

Le placenta était complet, mais exsangue, pâle et granulé.

La petite masse recueillie tout d'abord ressemblait à un œuf avec ses membranes. Je l'ouvris avec des ciseaux et il en sortit un peu de liquide, laissant à découvert un embryon d'à peine trois mois dont les différentes parties constituantes étaient des plus nettes, mais en voie de dégénérescence. Il en était de même du placenta y adhérent.

La petite fille de 6 mois vécut quelques heures et mourut.

Les suites de l'accouchement furent des plus simples pour la mère.

Cette coïncidence de deux germes, l'un mort, que la nature semble avoir voulu chasser en provoquant des hémorrhagies adjuvantes, l'autre vivant malgré ce trouble grave dans la fonction de l'utérus, nous a paru intéressant et rare.

REVUE DE LA PRESSE

ABCÈS SOUS-URÉTHRAL CHEZ UNE FEMME ENCEINTE.

Par M. le D^r DUCHAMP, agrégé chirurgien de l'Hôtel-Dieu (1).

Sous le titre d'abcès sous-uréthraux chez la femme, M. le docteur Augagneur, chirurgien-major de l'Antiquaille, décrivait récemment, dans la thèse de son élève M. Calavassy et dans la *Province médicale*, (1894, n^{os} 13 et 14) des abcès situés au-dessous de l'urèthre dans la colonne antérieure du vagin. Quelques jours après (*Prov. méd.*, n^o 16), M. le docteur Condamin en publiait un cas qu'il avait observé deux ans auparavant et qui rentrait dans le cadre des abcès décrits par Augagneur.

J'ai vu, il y a quelques jours, à l'Hôtel-Dieu, un abcès sous-urétral chez une femme enceinte. En voici l'observation prise par M. Molle, interne du service.

OBSERVATION. — M^{me} H. P., âgée de 27 ans, est mariée depuis 3 ans et demi. Premier accouchement normal il y a 15 mois. L'enfant est

(1) In *Loire méd.*

actuellement en bonne santé. La grossesse avait été normale, sauf une leucorrhée assez abondante : suites de couches très simples. Sauf pendant la grossesse, M^{me} H. P. n'avait pas de pertes blanches ; elle n'a jamais souffert en urinant, ni présenté de signes de cystite. Ses rapports conjugaux n'avaient pas une fréquence exagérée.

Il y a quatre mois, alors qu'elle était enceinte d'un mois, elle ressentit quelques douleurs pendant le coït. Peu à peu une petite tumeur se forma, faisant à la vulve une légère saillie. C'est pour cette affection qu'elle entre à l'Hôtel-Dieu, le 27 mai 1894.

A l'inspection de la région génitale, on voit la colonne antérieure du vagin faire saillie surtout pendant les efforts, à la manière des cystocèles. Le doigt introduit dans le vagin contourne la tumeur, qui n'atteint pas le col utérin ; cette tumeur est allongée d'avant en arrière ; on la contourne bien sur les côtés. On sent qu'elle fait partie de la colonne antérieure du vagin ; son volume est celui d'une grosse noix. La muqueuse à sa surface est plissée ; elle a la coloration que donne la grossesse. Sensation obscure de fluctuation.

En comprimant doucement la tumeur, on ne fait pas d'abord sourdre de pus dans l'urèthre, mais après avoir introduit dans ce conduit un cathéter utérin, on voit le pus s'échapper avec assez d'abondance par l'urèthre.

Le 28 mai, l'abcès est incisé sur la ligne médiane et sur toute sa longueur. La partie la plus reculée de l'incision donnant du sang, un point de suture est placé qui arrête l'hémorrhagie. Ecoulement de pus tenant en suspension des grumeaux blanchâtres, sans odeur spéciale. Lavage de la cavité et tamponnement à la gaze iodoformée.

La malade a pu uriner seule et sans douleur. Au bout de trois jours, on renouvelle le pansement. Pas de pus dans la cavité de l'abcès ; l'urine ne passe pas par le vagin.

6 juin. — Nouveaux pansements ; la cavité diminue ; l'expression de l'urèthre est négative. La malade quitte le service ; elle reviendra se faire panser à la consultation. La marche de la grossesse n'a pas été troublée.

Ajoutons que le lendemain de l'incision, une anse de platine stérilisée, promenée dans l'urèthre, a ramené un liquide qui a été examiné au point de vue du gonocoque : le résultat a été négatif.

Cet abcès sous-urétral est bien semblable à ceux qu'a signalés Augagneur. Au point de vue étiologique, nous ne trouvons ici ni blennorrhagie, ni traumatismes fréquents ; on peut admettre que la

grossesse, en congestionnant les organes génitaux, a pu favoriser le développement de la poche sous-urétrale : ce n'est qu'à la fin du premier mois de cette grossesse que les premiers symptômes ont apparu.

Cette variété d'abcès est assez rare ; elle n'est pas signalée par les gynécologues. La description d'Augagneur est le premier travail paru sur ce point.

Nous en reproduisons les conclusions qui résument ce qui a trait à ce sujet :

I. — Il existe assez fréquemment, chez la femme, à la période génitale de la vie, un abcès que sa situation permet d'appeler abcès sous-urétral.

II. — L'abcès est développé aux dépens des glandes du septum uréthro-vaginal. Il peut se vider partiellement par les canaux de ces glandes dans l'urèthre ; il ne se porte jamais du côté du vagin ; l'urine ne pénètre pas.

III. — L'affection est, le plus souvent, chronique ; c'est un kyste glanduleux : elle peut être intermittente, grâce aux évacuations par l'urèthre.

IV. — La cause est probablement la contusion répétée ou prolongée de la région : accouchement, excès de coït.

V. — Les symptômes subjectifs sont nuls.

VI. — L'incision par le vagin est le traitement à adopter dans tous les cas.

TROUBLES GÉNITAUX ET AFFECTIONS DES VOIES AÉRIENNES CHEZ LA FEMME.

Dans un travail sur ce sujet publié par la *Revue de Laryngologie*, M. le Dr Albespy (d'Allevard) rappelle que c'est un fait bien connu que les affections des organes génitaux, chez la femme, donnent lieu à des troubles nombreux et excessivement variés, et il n'y a, pour s'en convaincre, qu'à lire dans les ouvrages spéciaux le tableau clinique de la métrite chronique. Parmi ces troubles, les uns sont constants (phénomènes dyspeptiques, névropathies diverses, etc.) ; les autres, comme ceux dont il est question dans ce mémoire, sont relativement rares et observés surtout par les spécialistes.

Il peut se produire, au moment des règles, un gonflement de la muqueuse nasale, surtout de la muqueuse des cornets qui donne lieu à des réflexes secondaires. Lorsque ce gonflement existe en dehors de

l'époque menstruelle et qu'il a déjà provoqué des réflexes, il y a ordinairement à ce moment une aggravation de ces réflexes.

Chez les femmes, lorsqu'il se produit des modifications dans le fonctionnement des organes génitaux et surtout à l'époque où la menstruation s'établit, ou lors de la ménopause, il n'est pas rare de remarquer une poussée congestive sur la peau qui recouvre le bout et les ailes du nez. La peau se gonfle et présente une rougeur diffuse, le bout du nez est globuleux et brillant. Ce phénomène est probablement dû à une hypertrophie des cornets qui coexiste presque toujours et qui occasionne un ralentissement de la circulation. Bresgen l'attribue surtout à l'hypertrophie du cornet moyen et à la pression qu'elle exerce sur la cloison et la voûte nasale.

Les affections du nez préexistantes présentent ordinairement une aggravation des symptômes aux époques menstruelles et tous les spécialistes connaissent l'augmentation de fétidité de l'ozène à ces époques.

Il peut arriver enfin que le gonflement passager des cornets, de cause génitale, trop de fois répété, détermine une hypertrophie vraie, susceptible elle-même de provoquer, sous l'influence d'une excitation quelconque, des phénomènes nerveux réflexes. M. Albespy en cite plusieurs exemples très probants. Ils démontrent que, dans ces cas, il faut en même temps qu'on traitera la lésion nasale, traiter la lésion génitale.

Les affections des organes génitaux chez la femme peuvent aussi avoir une influence fâcheuse sur le larynx. Cette influence peut se manifester soit par des troubles nerveux réflexes, soit par des congestions passives se produisant sur certaines parties du larynx (état congestif des bandes ventriculaires et surtout des apophyses aryténoïdes) ou enfin par le gonflement du corps thyroïde agissant alors par compression du nerf récurrent, comme M. Albespy en cite deux cas.

A l'époque de la puberté, on observe quelquefois chez les jeunes filles du spasme de la glotte ou bien encore, sous l'influence d'une émotion quelconque, une toux qui se traduit par de véritables accès paroxystiques ou par de petites secousses plus ou moins régulières. Cette toux, qui n'est qu'un phénomène réflexe, se rencontre aussi chez les femmes soit au moment de la ménopause, soit à l'occasion d'une métrite chronique, de végétations, d'un polype utérin, etc. M. Albespy a observé une dame de 47 ans, bien portante, encore régulièrement réglée, mais ayant des pertes blanches abondantes dans l'intervalle des règles, qui ne pouvait se pratiquer une injection vaginale sans être prise aussitôt d'un accès de toux très violent.

La menstruation et la grossesse donnent souvent lieu à de l'hypersensibilité du larynx. M. Albespy en rapporte plusieurs cas et rappelle, à ce sujet, une communication intéressante de M. le D^r Joal (du Mont-Dore) relative à l'observation d'une jeune fille de 21 ans qui, à partir du moment où la menstruation devint irrégulière, présenta les phénomènes suivants : cuissons au niveau du larynx, difficulté d'avaler, toux fréquente, légère dyspnée, crachats sanguinolents venant après les quintes de toux. Dans l'intervalle des règles, les crachats sanguins sont plus rares, pour redevenir plus fréquents à l'époque suivante. Une amélioration s'étant montrée dans l'état général, les règles devinrent plus abondantes et les crachats sanglants moins nombreux. L'examen en dehors de l'époque menstruelle montra une hypertrophie de l'amygdale linguale qui présente un aspect mûriforme. Il n'y avait ni croûtes noirâtres, ni dilatations variqueuses à la base, sur les bords et à la face inférieure de la langue. La veille de l'apparition des règles, le laryngoscope montra une poussée hyperémique sur l'amygdale linguale.

L'hypertrophie amygdalienne fut traitée au galvano-cautère.

Tout les accidents cessèrent lorsque la santé générale fut redevenue bonne et la menstruation régulière.

(Journal de méd. et de chir. prat.).

NOUVELLES

EXPOSITION DE BORDEAUX, 1895. — La sous-commission spécialement chargée, par le Comité d'administration de la Société Philomathique, de l'organisation des classes 26, 27 (Médecine et Chirurgie, Hygiène), croit devoir vous adresser la plus pressante invitation à participer à la XIII^e Exposition de Bordeaux 1895.

Les immenses progrès réalisés depuis quelques années dans ces sciences éminemment utilitaires, dans les applications merveilleuses qui en découlent chaque jour, au plus grand bénéfice de l'humanité, donnent à cette partie de l'Exposition une importance considérable. Celle-ci ne saurait échapper à ceux dont le labeur et les efforts journaliers concourent sans cesse à augmenter ces progrès.

C'est donc à tous, représentants divers de la médecine humaine dans toutes ses branches ou spécialités, médecins et chirurgiens,

hygiénistes, industriels adonnés à la construction de tous les instruments ou appareils se rattachant à ces sciences, que nous demandons instamment de faire connaître à Bordeaux les résultats de leurs travaux.

En concourant par leur présence à augmenter l'éclat de l'Exposition de Bordeaux, centre d'une des régions les plus importantes de la France, et en même temps siège d'une Faculté de Médecine et d'un grand nombre de Sociétés savantes, ils peuvent être assurés à la fois de rendre un signalé service à leurs semblables et de bénéficier largement des avantages moraux et matériels attachés à toute vulgarisation de leurs découvertes ou de leur fabrication.

La Commission d'organisation fera les plus grands efforts pour assurer à tous son concours le plus efficace et le plus dévoué.

Les Délégués des classes 26 et 27
à la Commission d'installation générale,
D^r GENDRON (Médecine et Chirurgie),
D^r MAURIAC (Hygiène).

Le Président,
de la Sous-Commission,
D^r CH. DUBREUILH,
Chirurgien en chef honoraire
de la Maternité.

CLASSE 26. MÉDECINE ET CHIRURGIE. — *a.* Matériel, instruments et appareils pour les travaux d'anatomie normale et pathologique, d'histologie et de bactériologie, etc. ; pièces naturelles de démonstration ; préparations, etc. ; pièces artificielles de démonstration anatomique et pathologique. — *b.* Instruments de diagnostic et d'exploration générale et spéciale, tels que : appareils enregistreurs, sphygmographes, thermomètres, laryngoscopes, boîtes à réactifs, etc. — *c.* Appareils et procédés d'anesthésie locale et générale. — *d.* Appareils et instruments de chirurgie générale, d'obstétrique et de chirurgie spéciale : tables pour examens et opérations. — *e.* Appareils et procédés de stérilisation des instruments, des pièces de pansement et de l'eau à filtrer, étuves sèches, autoclaves, etc. — *f.* Pièces de pansement antiseptiques et aseptiques : gazes, cotons, étoupes, éponges, etc., préparés et stérilisés. — *g.* Appareils de chirurgie herniaire et de contention ; prothèse générale, plastique ou mécanique ; appareils d'orthopédie. — *h.* Instruments et appareils divers de thérapeutique spéciale, pulvérisateurs, inhalateurs, injecteurs clyso. — *i.* Électricité médicale. (Voir aussi classe 129.) — *j.* Optique médicale ; prothèse oculaire. — *k.* Instruments destinés à la pratique de l'art dentaire ; prothèse de la bouche et de la face. — *l.* Appareils divers destinés aux infirmes,

aux malades et aux aliénés ; literie spéciale, literie mécanique, fauteuils, voitures, portoirs et brancards, etc. — *m.* Appareils balnéatoires et hydrothérapiques ; aérothérapie. — *n.* Kinésithérapie ; procédés de massages et appareils de gymnastique médicale et hygiénique. — *o.* Accessoires du service médical et chirurgical dans les hôpitaux et les infirmeries, postes de secours ; coffres à médicaments et instruments.

CLASSE 27. HYGIÈNE. — *a.* Matériel, instruments et appareils à l'usage des études d'hygiène ; laboratoires, bureaux d'hygiène. — *b.* *Hygiène publique* : 1° Matériel et procédés d'assainissement des villes ; filtration et distribution des eaux de consommation et d'arrosage ; matériel et appareils pour le transport, la réception, le traitement des immondices ; drains et égouts, siphons hydrauliques, water-closets et urinoirs publics ; appareils et procédés d'assainissement et de neutralisation. 2° Etudes et moyens de prophylaxie des maladies transmissibles, vaccinations, vaccins ; procédés, produits, appareils de nettoyage, de désinfection, de stérilisation sur place ; usines publiques de désinfection. 3° Appareils et instruments d'ensevelissement ; appareils de destruction des cadavres ; crémation ; appareils et procédés de conservation et de transport des cadavres ; embaumements, dépôts mortuaires. 4° Hygiène professionnelle et industrielle ; matériel et procédés. — *c.* *Hygiène de l'habitation* : 1° Système de construction les plus conformes aux principes de l'hygiène. 2° Matériel et procédés d'assainissement des habitations ; aération directe, ventilation, chauffage, éclairage, dans leurs rapports avec la salubrité. (Voir aussi classe 94, Habitation.) 3° Canalisations intérieures ; plomberies et poteries sanitaires ; siphons hydrauliques, réservoirs de chasse ; éviers, water-closets, lavabos, salles de bains ; mobilier en général ; stérilisation de l'eau. — *d.* *Hygiène des établissements spéciaux* : 1° Plans, modèles, agencements, mobiliers d'hôpitaux, d'asiles, de maisons de refuge et de retraite, d'aliénés, de crèches, sanatoria, bains populaires. 2° Plans, modèles, types d'ambulances civiles ou militaires. (Voir aussi classe 119, Sauvetage.) 3° Plans, modèles, agencements, au point de vue sanitaire, d'usines, ateliers, collèges, casernes, etc.

Les demandes d'admission devront parvenir *avant le 31 décembre 1894*. Les produits à exposer devront être rendus à destination *avant le 15 mars 1895*.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

1.— Traitement des hémorrhagies utérines pendant l'état puerpéral. (D^r PINARD.)— Les moyens que nous employons sont :

- 1° L'emploi de l'eau chaude à 48° ;
- 2° La large déchirure des membranes ;
- 3° La dilatation du col de l'utérus, obtenue sans décollement du placenta et sans descente de la région fœtale ;
- 4° L'emploi des injections de sérum salin.

Déjà, je disais, en 1890 (1) : « Depuis 1883, j'ai employé les irrigations chaudes presque exclusivement dans mon service, à la Maternité de Lariboisière. *L'eau chaude a pour moi remplacé le seigle ergoté.* » Et je montrais l'action de l'eau chaude sur la fibre musculaire et sur les vaisseaux.

Depuis, l'usage de l'eau chaude s'est assez répandu dans la pratique obstétricale pour que je n'aie rien à ajouter aujourd'hui. Nous aurons seulement à voir dans quels cas l'emploi de l'eau chaude est tout-puissant et dans quels cas il est insuffisant.

La déchirure des membranes, dira-t-on, n'est pas un procédé nouveau. Assurément non, et nous ne l'avons pas inventé. Mais, peut-être, trouverez-vous, quand nous nous serons expliqués sur ce point, qu'il y a une différence entre notre *large déchirure des membranes* et la vieille perforation ; et peut-être conviendrez-vous avec moi que chercher à empêcher le décollement du placenta n'est point la même chose que de s'efforcer d'obtenir l'évacuation du liquide amniotique.

La dilatation de l'orifice utérin sans décollement du placenta et sans descente de la région fœtale, obtenue par l'introduction dans l'utérus du ballon incompressible de Champetier de Ribes, a une action bien différente de ce que l'on obtient par le tamponnement vaginal. Avec celui-ci on est censé opposer au sang une barrière infranchissable, et voilà tout. Nous verrons ce qu'est cette barrière in-

(1) Voyez *Médecine moderne*, 1890. De l'action de l'eau chaude sur l'utérus pendant la puerpéralité.

franchissable, même construite par des ouvriers impeccables, mais nous verrons surtout qu'avec l'emploi du ballon nous arrêtons immédiatement l'hémorrhagie ; nous empêchons le décollement du placenta, pendant que nous obtenons sûrement et sans danger la dilatation de l'orifice utérin. Et j'aurai alors la grande satisfaction de vous montrer les services rendus à l'obstétrique par mon collègue Champetier de Ribes en nous dotant de ses ballons.

Il me reste à vous parler du dernier moyen énoncé tout à l'heure : je veux dire : *l'emploi du sérum salin*. Je n'ai pas besoin d'insister pour vous faire comprendre que nous n'employons pas ce moyen pour combattre l'hémorrhagie, pour empêcher l'écoulement sanguin. Nous l'employons pour combattre les effets immédiats ou consécutifs de l'hémorrhagie, et je puis vous affirmer que nombre de femmes, apportées exsangues dans mon service et n'ayant plus perdu de sang, y seraient mortes si on ne leur avait injecté, dans le tissu cellulaire, une quantité plus ou moins considérable de sérum fait avec un litre d'eau bouillie et six grammes de sel marin.

Telles sont les armes que nous employons aujourd'hui pour combattre les hémorrhagies pendant la puerpéralité.

Vous voyez que si nous avons brisé les armes anciennes, nous en avons forgé de nouvelles que vous serez toujours à même de vous procurer facilement, et je vous dis en terminant : « Prenez-les, venez en apprendre le maniement, et leur usage se traduira par une économie de vies humaines. »

(Bull. méd.)

* * *

2.— Ligature de la base des ligaments larges à travers le vagin pour fibromes de l'utérus. — Gœlet dit que cette opération est très avantageuse et remplie de succès quand il s'agit d'arrêter une hémorrhagie utérine ou de réduire des croissances fibreuses de l'utérus. Son opinion est qu'on peut l'exécuter à la place de l'hystérectomie quand cette dernière opération doit faire courir de trop grands dangers à la malade, et à titre d'opération préliminaire, en vue d'éviter la nécessité d'une opération plus grave. Lorsqu'il n'existait pas de connexions étendues exigeant une nutrition additionnelle, on a pu obtenir une réduction considérable, même dans les tumeurs de gros volume. Lorsque l'opération a été faite pour des tumeurs plus petites, le résultat obtenu a été encore plus satisfaisant. Dans quelques cas même, il s'en est suivi une atrophie complète. Ce

résultat, aussi bien que l'arrêt d'une hémorrhagie utérine, s'explique par ce fait que l'intervention sur les vaisseaux et les nerfs, causée par la ligature de la base des ligaments larges, diminue la nutrition de l'utérus et de ses tumeurs.

On estime, en général, que les artères utérines fournissent les deux tiers du sang nécessaire à l'utérus. Il est donc juste d'espérer qu'un effet notable sera produit sur l'utérus et sur les tumeurs qui se développent sur ses parois, si celles-ci sont séparées des vaisseaux qui les nourrissent.

Il n'y a qu'un danger à courir dans cette opération : c'est la présence des uretères que l'on peut très bien comprendre dans la ligature. On sait, en effet, que les uretères passent en bas derrière l'artère utérine, à 10 ou 12 millimètres seulement du col de l'utérus, et sont, en conséquence, situées dans le champ opératoire. Gœlet insinue, comme premier temps de l'opération, en prévision d'éliminer cette cause de danger, d'introduire des bougies dans les uretères à travers la vessie. Il admet, cependant, qu'un chirurgien habitué à opérer dans cette région pourra aisément éviter les uretères.

Quant au procédé opératoire, Gœlet, au lieu de lier chaque artère en un seul point, exige deux et trois ligatures des artères de chaque côté, au moment où elles montent le long des bords de l'utérus. Ceci a pour résultat de prévenir l'épanchement sanguin à la partie inférieure de la cavité utérine. Gœlet attribue la priorité de cette opération au Dr Martin, de Chicago, qui a récemment suggéré et popularisé cette opération, en indiquant la technique opératoire ; mais il s'attribue le mérite d'avoir, le premier, lié l'artère utérine par le vagin, et cela d'un côté seulement, au mois de janvier 1894, pour un cas de vaste tumeur fibreuse de l'utérus chez une femme enceinte de sept mois. Son but était, en opérant ainsi, de diminuer le volume de la tumeur, en réduisant la quantité de sang qui la nourrissait. L'artère du côté opposé ne fut pas liée, parce qu'elle était rendue inaccessible par la position occupée par la tumeur. Six mois plus tard, cette tumeur avait un volume d'un tiers plus petit et n'occasionnait plus d'inconvénient.

(*Gaz. méd. de Paris.*)

3.— Traitement de l'hémorrhagie utérine.—M. MUSELLI, appelé auprès d'une femme, enceinte pour la huitième fois et en rat-

vail, constata une dilatation de la largeur d'une pièce de cinq francs avec une présentation occipito-iliaque gauche antérieure. Il venait à peine d'annoncer à la famille que l'accouchement demanderait encore quelques heures pour se terminer, lorsqu'une contraction très énergique expulsa brusquement l'enfant et le placenta. La sortie de ce dernier fut suivie d'une hémorrhagie tellement abondante qu'il dut, comme le recommande Tarnier, introduire la main dans l'utérus pour le débarrasser des caillots et solliciter les contractions. Cette intervention diminua seulement l'hémorrhagie. Aussi, pour l'arrêter complètement, il dut pratiquer une injection d'eau phéniquée très chaude en se servant du laveur de Lefour. Il éprouva de la difficulté à le faire fonctionner et surtout la quantité d'eau injectée en une fois fut insuffisante ; il dut renoncer à cet appareil et le remplacer par un entonnoir ordinaire qui lui permit d'avoir un courant intense et continu. Cette observation a pour but de signaler les inconvénients du laveur de Lefour, qui se trouve entre les mains de toutes les accoucheuses.

4. — Des accouchements sans antisepsie vaginale.

— On sait que de divers côtés, en Allemagne principalement, un bon nombre d'accoucheurs ont répudié toute injection vaginale, toute mesure de désinfection interne, tout au moins à la suite des accouchements normaux. M. MERMANN est un des partisans les plus déterminés de cette nouvelle manière de faire ; pour lui, les injections vaginales ne sont pas seulement inutiles, mais elles constituent une manœuvre dangereuse. Les résultats de sa pratique semblent lui donner raison. Une série de 1200 accouchements ne lui a pas donné un seul décès. La morbidité a été de 5 à 7 pour cent. Il faut dire qu'il considère comme morbide tout cas dans lequel la température a atteint 38° lors même que la cause pathologique serait extra-génitale.

Il se prononce contre la théorie qui veut que la femme porte en elle-même les germes de l'infection puerpérale, ce qui nécessiterait toujours la désinfection génitale. De plus, au point de vue théorique, il refuse de baser sa conduite clinique uniquement sur les données de la bactériologie. Et en vérité, de combien de germes pathogènes l'individu le mieux portant n'est-il pas porteur, sans qu'il paraisse en souffrir le moins du monde. (*Centralbl. f. Gynäkologie*, n° 33.)

5. — Quatre-vingts hystérectomies vaginales, par le docteur E. POUCEL, chirurgien des hôpitaux de Marseille. — Les succès de l'hystérectomie vaginale augmentent chaque jour, grâce au perfectionnement incessant du manuel opératoire et aux indications plus précises fournies par la clinique. Cette opération est pourtant encore discutée ; aussi, est-il du devoir du chirurgien qui en compte un certain nombre à son actif d'en faire connaître les résultats, afin d'arriver à une statistique générale établissant sa valeur.

I. Du 1^{er} janvier 1893 au 1^{er} octobre 1894, nous avons pratiqué 80 hystérectomies vaginales : 6 en ville et 74 à l'hôpital de la Conception, à Marseille. Sur ce nombre, il n'y a eu qu'un seul décès.

Trois de ces opérations ont été pratiquées : une par mon interne M. Aslanian et deux par mon suppléant le docteur Louge.

Ces 80 opérations se décomposent ainsi :

Cas.	Guérisons.	Décès.
25 Salpingo-ovarites simples.....	25	»
20 Métrites cancéreuses.....	20	»
19 Salpingites suppurées bilatérales (dont 3 avec cellulite pelvienne).....	19	»
11 Fibromes utérins.....	10	1
1 Fibrome utérin avec gros kyste intra- ligamentaire.....	1	»
4 Hématocèles avec lésions salpingiennes..	4	»
<hr/> 80	<hr/> 79	<hr/> 1

Sur ce nombre, il y avait 63 utérus mobiles et 17 adhérents.

Le résultat opératoire a été des plus satisfaisants, puisque nous n'avons eu ni hémorragie, ni ouverture de la vessie, du rectum ou des uretères.

A la chute des eschares, une seule malade a eu une fistule vésicale guérie spontanément au bout de deux mois et une autre, opérée depuis cinq mois, conserve encore une fistule de l'uretère gauche que des cautérisations légères au thermocautère ont considérablement diminuée. Ces cautérisations ont été pratiquées avec le plus grand soin en protégeant et repoussant la paroi opposée de l'uretère avec le bouton d'un porte-mèche.

La mort de notre soixante et onzième opérée est due à de la septicémie.

II. D'après notre statistique, 19 salpingites suppurées bilatérales

dont 3 avec cellulite pelvienne, ont été opérées avec plein succès, alors qu'en 1892, sur 16 laparotomies pour lésions analogues, nous avons eu 2 décès, ce qui, à notre avis, contribue à établir la supériorité de l'hystérectomie vaginale dans ces sortes de lésions.

Lorsque le pyosalpinx est unilatéral et qu'il proémine dans les culs-de-sac, nous préférons l'incision vaginale avec drainage : 14 opérations de ce genre, pratiquées cette année dans le service, ont été suivies de guérison.

Une remarque trouve ici sa place, c'est qu'avant d'inciser, il faut, dans le pyosalpinx ancien, s'assurer exactement de la position de la vessie qui peut être attirée très loin soit par la position de la poche salpingienne, soit par les tractions de l'uretère refoulé.

Nous n'avons pratiqué l'hystérectomie vaginale que pour des fibromes de petit volume, préférant la laparotomie toutes les fois que la tumeur dépasse le volume d'une grosse orange et surtout que son développement est intra-ligamentaire.

Nous ne rendrons pas l'hystérectomie vaginale responsable du seul décès qui charge notre statistique, mais nous croyons la laparotomie moins dangereuse que le morcellement dans les grosses tumeurs. Ainsi, sur 14 laparotomies en 1892 et 17 depuis 1893 pratiquées dans le service pour tumeurs volumineuses dont les deux plus grosses pesaient 7 kg. 800 et 10 kg. 320, nous n'avons eu aucun décès.

Nous estimons donc, d'après notre courte pratique, que les salpingo-ovarites, suppurées ou non, mais doubles, ainsi que les petits fibromes qui ont résisté à une médication interne, doivent être traités par l'hystérectomie vaginale ; le pyosalpinx unilatéral, par l'incision vaginale, et que les fibromes intra-ligamentaires ou d'un volume excédant celui d'une grosse orange sont justiciables de la laparotomie.

III. Dans une opération aussi délicate et complexe que l'hystérectomie vaginale, il n'est pas de détail qui n'ait son importance et chaque chirurgien doit faire connaître les particularités de sa pratique.

Deux et même trois jours avant l'opération le champ opératoire, le vagin et l'intestin sont soigneusement aseptisés.

Avant de commencer, l'opérateur et les aides se lavent soigneusement les mains à l'essence de térébenthine, puis au savon, à l'alcool et enfin au sublimé.

Le curage utérin préalable que quelques chirurgiens ont adopté, nous le remplaçons par une cautérisation au thermocautère de la

cavité cervicale, suivie d'introduction d'iodoforme et d'un petit tampon intra-utérin.

Autant que possible, j'évite le morcellement afin de diminuer les chances d'infection. Pour la même raison, je supprime absolument les lavages vaginaux, lorsque les culs-de-sac sont ouverts et même le plus souvent dès le début de l'opération le sang est enlevé à l'aide de tampons.

Il ne me paraît pas y avoir de règle fixe pour faire basculer l'utérus, lorsque cette manœuvre est nécessaire, certains utérus basculent mieux en avant, d'autres en arrière.

Pour l'extirpation des ovaires et des trompes, lorsque ces organes sont peu ou pas adhérents, il est indiqué d'exercer sur eux des tractions graduées. Une manœuvre qui m'a paru singulièrement favoriser leur descente et même leur apparition dans le vagin, consiste à exercer sur la pince supérieure un mouvement de rotation sur son axe combiné à un mouvement de traction en même temps que l'on porte les anneaux de la pince en dehors. Cet enroulement aura lieu le plus souvent de dedans en dehors et d'arrière en avant. Pour pratiquer cette manœuvre, sans crainte de laisser échapper les ligaments, il faut pouvoir compter sur les pinces et sur leur mode d'application.

Un détail qui peut avoir, à l'occasion, son importance et auquel nous ne manquons jamais, consiste, une fois le pansement du vagin terminé, à jeter une ligature sur chaque pince, près des anneaux, afin d'éviter son dérapement. C'est peut-être à cette pratique bien simple que nous devons l'absence d'hémorrhagie.

Lorsque l'opération présente de grandes difficultés ou que l'état général de la malade fait redouter les conséquences du choc, nous pratiquons, selon la méthode adoptée dans le service, des injections sous-cutanées de cognac, de préférence avant le pincement et la section des ligaments.

Ainsi qu'on le conseille, les pinces sont enlevées après quarante-huit heures et nous nettoions le vagin avec des tampons faiblement imbibés de liqueur de Van Swieten avec deux tiers d'eau.

En résumé : antisepsie rigoureuse avant, pendant et après l'opération ; emploi de pinces très solides et ligature de chaque pince après l'opération ; chloroformisation combinée aux injections hypodermiques de cognac ; suppression des injections vaginales pendant l'opération et les pansements ultérieurs ; manœuvre de l'enroulement pour l'extirpation annexielle. Tels sont les détails de manuel opéra-

toire que nous tenions à faire connaître et auxquels nous devons peut-être les beaux résultats qui viennent d'être indiqués.

(*Gaz. des hôpitaux.*)

6.— Traitement des abcès du bassin de la femme. — LANDAU vient de plaider en faveur de la conservation des organes génitaux de la femme. Il dit qu'il ne faut avoir recours à une opération sanglante, à leur extirpation qu'en cas d'absolue nécessité. Il est convaincu que certains abcès pelviens peuvent être traités par une simple incision, et que la guérison, surtout s'il s'agit d'abcès uniloculaires, peut être obtenue par un traitement conservateur. Il considère comme un excellent moyen de diagnostic la ponction exploratrice, lorsque certaines difficultés mécaniques ne permettent pas de se rendre exactement compte de l'affection. Ce procédé a de plus l'avantage de donner un résultat rapide, une simple incision ne nécessitant pas de soins aussi longs qu'une ablation d'organes. C'est ainsi que Landau cite des cas où il a été amené à ouvrir une des parois utérines. Dans certains cas d'abcès multiloculaires cette méthode conservatrice aurait également été suffisante. Lorsque le chirurgien se trouvera donc en présence d'abcès des organes génitaux de la femme, il devra, autant que possible, essayer de donner issue à la collection purulente, et ce n'est que s'il suppose ce procédé insuffisant ou impraticable qu'il tentera une opération plus radicale. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1894, n° 22-24.)

7. — Traitement chirurgical autoplastique du vaginisme. (FRÆLICH.) — Jeune femme de vingt-trois ans, atteinte depuis son mariage de vaginisme rebelle à tous les traitements. Deux fois déjà, la dilatation forcée avait été employée sans résultats.

M. Frœlich résolut alors de faire l'opération suivante, dans le but d'élargir considérablement le vagin : deux incisions antéro-postérieures, longues chacune de cinq centimètres, furent pratiquées sur la paroi postérieure du vagin à droite et à gauche de cette paroi, un gros spéculum de Sims fut ensuite introduit dans le vagin ; par suite de la dilatation extrême produite par cet instrument les deux plaies linéaires antéro-postérieures se transformèrent en deux plaies losangiques grand diamètre transversal.

Les lèvres postérieures de ces plaies losangiques furent minées et mobilisées d'avec les tissus sous-jacents par dissection, puis suturées chacune à la lèvre antérieure correspondante.

Le résultat final fut que les plaies linéaires antéro-postérieures se trouvèrent transformées en deux plaies linéaires transversales suturées. L'entrée du vagin était par le fait considérablement agrandie.

La réunion se fit par première intention et la malade fut définitivement guérie de son vaginisme.

Cette opération fut faite au mois d'août 1892; la guérison s'est maintenue.

Elle est la même que celle qui a été préconisée au mois d'avril 1894 par M. Pozzi, au dernier Congrès international de chirurgie à Rome. La malade de Pozzi n'étant opérée que depuis trois semaines, l'auteur ne pouvait encore indiquer la valeur exacte de cette intervention.

Les résultats obtenus par M. Froelich deux ans avant la communication de M. Pozzi indiquent qu'il s'agit là d'une opération qui peut rendre d'excellents services dans les cas de vaginisme rebelle.

(D'après la *Rev. méd. de l'Est.*)

* * *

8. — Du traitement de l'infection purulente des nouvelles accouchées, par M. le professeur TARNIER. — Vous avez pu voir dans notre service une femme qui a succombé il y a quelques jours. Cette femme était atteinte de l'infection purulente.

Je voudrais saisir cette occasion pour vous exposer d'une façon détaillée et précise le traitement de cette terrible maladie. Mais avant d'aborder ce sujet, permettez-moi de vous dire, en quelques mots seulement, ce que c'est que l'infection purulente.

Elle est causée par des microorganismes dont les plus importants sont : le streptocoque et le staphylocoque. Ces microbes pénétrant dans la cavité utérine, pullulent, se cultivent, envahissent d'abord la muqueuse de l'utérus, puis les couches profondes du même organe, les régions voisines, les annexes et enfin les lymphatiques et les veines. Portés par le torrent circulatoire, ils peuvent pénétrer dans tous les organes, y former des lésions qu'on a appelées des abcès métastatiques et dans ces cas ils tuent presque fatalement la malade.

Étant donnée cette origine microbienne, le traitement rationnel

qui s'imposerait, ce serait de poursuivre les microbes jusque dans les organes où il ont pénétré et les tuer. Ce serait, je le répète, le seul traitement rationnel.

Mais il est impossible.

Il faut donc se contenter d'abord du traitement prophylactique, qu'on applique à toutes les femmes en couche : l'antisepsie rigoureuse des organes génitaux. A ce propos, je vous dirai que dans notre service, on fait une seule injection intra-utérine iodée à toutes les accouchées.

Mais voilà une femme qui devient malade malgré les précautions antiseptiques soigneusement prises. La température s'élève (38° , $38^{\circ}5$) ; le ventre est douloureux.

A quoi avez-vous affaire ?

A un léger degré d'infection ; c'est dire qu'il y a sur la muqueuse utérine quelques microbes.

Est-ce toujours là que se trouve la seule cause de l'état de la malade ?

Evidemment non !

Vous pouvez avoir une simple excoriation de la vulve qui est quelque peu infectée ; c'est peut-être, d'autre part, une simple crevasse de sein.

Mais si un examen attentif ne vous a révélé aucune lésion du côté de la vulve, ni du côté des seins, vous pouvez affirmer qu'il s'agit d'une infection utérine, et votre devoir est de faire une injection intra-utérine iodée.

L'injection faite, la température se maintient, que devez-vous penser ?

Dites-vous alors que les microorganismes ont pénétré plus profondément, très profondément même, que par conséquent les injections intra-utérines, si abondantes, si fréquentes qu'elles soient, ne serviraient à rien. Il faut avoir recours à un moyen plus radical, au curettage.

Ce dernier procédé est surtout indiqué dans les cas où il y a quelques lambeaux de la caduque dans la cavité utérine.

Mais rappelez-vous bien que la curette est un instrument dangereux. Le tissu utérin est mou, flasque, et la curette le perce facilement. Employez donc d'abord l'écouvillonnage, moyen beaucoup moins dangereux et très efficace, inventé et préconisé par M. Doléris. Si l'écouvillonnage n'a pas réussi, appliquez le curettage. En tout cas, ne tardez pas trop, faites votre traitement à temps.

Vous avez cureté et la température ne baisse pas, la maladie continue. Les microbes pénètrent dans le torrent circulatoire, l'infection purulente est déclarée.

Que faire ?

Je vous ai déjà dit que le traitement rationnel est impossible.

S'en suit-il qu'il faille se croiser les bras et laisser les femmes mourir ?

Non certainement !

Et là, c'est la nature qui nous indique la voie à suivre, et de quelle façon ?

Voilà comment l'infection purulente n'est pas fatalement mortelle. On observe — et j'ai observé moi-même — des cas de guérison. Que se passe-t-il dans ce cas ? C'est l'organisme qui lutte contre ses ennemis et parfois il emporte la victoire. De là, la première médication — soutenir les forces des malades.

Vous leur donnerez donc à manger, vous les nourrirez le mieux que vous pourrez. Heureusement elles ne perdent pas l'appétit. Donnez-leur à manger. J'insiste sur ce point, puisque, comme vous le savez, les accouchées étaient soumises autrefois à la diète, et c'est grâce à M. Legroux père, qui avait démontré l'inutilité et même le danger de cette manière de faire, qu'on a recommencé à les nourrir.

A côté des aliments solides ; viandes grillées, rôties, volaille, etc., vous prescrirez des boissons alcooliques (vin de Bordeaux, de Malaga, etc.) et dans les cas où vous aurez affaire à des malades pauvres, le grog.

Voilà le traitement hygiénique.

Passons aux médicaments.

Il y en a deux : la quinine et l'antipyrine.

Tous les deux sont des antipyrétiques, mais je préfère la quinine, d'abord parce qu'elle est plus puissante, et ensuite parce qu'elle possède des propriétés antiseptiques incontestables.

C'est Beau qui le premier montra la grande utilité de la quinine dans l'infection purulente, mais il l'administrait à des doses trop fortes, allant jusqu'à 3, même 4 grammes par jour, ce qui lui a valu des accidents très graves, même des cas mortels.

Il n'en n'est pas moins vrai que la quinine est un médicament très utile et puissant. Vous l'administrerez à la dose de 1 gramme (50 centigrammes matin et soir), de 1 gr. 50 et *très rarement* de 2 grammes, mais *ne dépassez jamais* cette dose.

Examinons maintenant une méthode qui était préconisée chaudement ces dernières années — *les bains froids*.

Vous savez que c'est Brand qui le premier avait employé des bains froids dans les affections fébriles, la fièvre typhoïde notamment.

Des observations abondent et la grande majorité d'observateurs reconnaissent l'utilité de cette méthode.

Faut-il appliquer les bains froids au traitement de l'infection purulente ?

Voici ce que je pense à ce sujet.

Au début, quand votre diagnostic n'est pas ferme, quand la température dépasse 38°5, il paraît y avoir avantage de les employer. Vous pourrez avoir recours aux différents modes : ablutions froides, serviettes mouillées sur la tête, le ventre, les cuisses, emmaillotage dans des draps mouillés. Vous abaissez la température — c'est l'effet principal de cet agent thérapeutique.

Mais lorsque l'infection purulente est déclarée, lorsque le doute n'est plus possible, les bains froids ne doivent pas être employés ; il n'est plus temps.

En effet, ils ne serviraient qu'à abaisser la température, mais comme vous le savez, elle tombe souvent le matin jusqu'à 36°. D'autre part, tout l'organisme est envahi, les abcès métastatiques se sont formés, les bains froids ne pourront rien contre ces accidents ; ils seront donc absolument inutiles.

Il me reste à examiner une autre méthode toute nouvelle, inventée il y a quelques années par M. Fochier.

Elle consiste dans la provocation d'abcès artificiels.

Le raisonnement qui a conduit M. Fochier à cette méthode est le suivant :

On voit des femmes atteintes d'infection purulente guérir. Les abcès métastatiques qui se forment, ne seraient-ils pas des abcès critiques ?

Si oui, il faut donc les provoquer artificiellement et fournir de la sorte à l'organisme une arme qu'il emploie lui-même pour se débarrasser de la maladie qui le tue.

M. Fochier a donc essayé, et après bien des tâtonnements, trouva que c'est avec de l'essence de térébenthine qu'on arrivait à provoquer ces abcès.

Il injecte 1 gramme d'essence de térébenthine dans le tissu conjonctif sous-cutané. Ces injections peuvent être répétées tous les jours.

Le lendemain le tissu s'indure, puis gonfle ; la fluctuation devient manifeste, bref un abcès se forme. M. Fochier dit qu'il faut *bien se garder de l'ouvrir*.

Cette méthode a été beaucoup discutée. Des observations nombreuses furent publiées, les unes favorables, les autres défavorables.

Quant à moi, je l'ai employée deux fois et sans succès. L'injection de l'essence de térébenthine n'a pas empêché mes malades de mourir ; il est vrai que la suppuration, à laquelle M. Fochier attribue toute l'importance, ne s'était pas produite. En tout cas, je ne vous cache pas que j'ai peu de confiance en cette méthode.

Vous pouvez, si le cas se présente, y avoir recours, mais je vous le répète, je ne crois pas qu'elle vous donne des résultats satisfaisants.

J'ai fini.

Pour résumer les moyens thérapeutiques, disons :

Il faut soutenir les forces des malades, il faut les nourrir. Recourir à la quinine de préférence aux doses indiquées, employer les différents modes de l'hydrothérapie froide au début de l'affection, quand le diagnostic est encore douteux. Enfin, appliquer la méthode de M. Fochier.

Vous voyez, d'après cette énumération, que les moyens thérapeutiques que nous avons à notre disposition pour combattre cette terrible maladie, tout en étant assez nombreux, ne sont pas bien efficaces. Malheureusement, l'infection purulente ne pardonne pas. Mais, en vous rappelant les cas, fort rares il est vrai, de guérison, vous ne désespérerez pas et lutterez jusqu'à la fin.



9. — Traitement de l'aménorrhée fonctionnelle par la Jacobée, dite herbe de Saint-Jacques (Senecio Jacobæus, composées). (W. MURELL.)

On a déjà vanté l'action emménagogue du sénéçon, qu'on peut employer sous forme d'infusion, de teinture ou d'extrait fluide.

Le Dr Murell a aussi employé son principe actif la *Sénecine*. C'est une substance ayant la couleur et la consistance de la résine. On l'administre à la dose de cinquante centigrammes par jour en trois fois. Le médicament, sous n'importe quelle forme, doit être pris pendant 10-15 jours pour voir les règles revenir. Il a surtout rendu de grands services à l'auteur dans l'aménorrhée survenant après les couches,

mais il ne paraît pas avoir beaucoup de prise sur celle qui reconnaît pour cause l'anémie.

L'auteur estime que cette plante et ses préparations présentent un excellent moyen pour provoquer la menstruation et qu'elles doivent occuper, en ce sens, le même rang que le permanganate de potasse et le bioxyde de manganèse.



10. — L'ichtyol en gynécologie. — A la suite d'un usage prolongé de ce médicament, Storer, après avoir passé en revue les résultats obtenus par les autres observateurs, tire les conclusions suivantes :

1° Il a surtout été satisfait de ses propriétés analgésiques et de sa prompte action curative, lorsqu'appliqué sur l'endomètre dans les cas d'endométrite.

2° Contrairement à l'opinion de certains observateurs, l'ichthyol n'est en aucune sorte la panacée gynécologique ; mais son incontestable importance est suffisante pour lui assigner une des premières places sur la liste des médicaments.

3° Outre sa principale action, qui est de calmer la douleur, il possède encore certaines qualités résorbantes qui en certaines circonstances sont relativement puissantes.

4° Son emploi est exempt de malaise et de danger.

5° Employé pur, il donne des résultats plus satisfaisants et plus sûrs que les solutions.

6° Il n'a pas encore été prouvé qu'il ait une valeur thérapeutique autre qu'en application locale. (*Archives of Gynecology.*)



11. — Influence des préparations d'ergotine sur l'involution de l'utérus. — Le docteur KROHL (de Prague) a fait une série d'expériences (sur 120 accouchées) sur l'administration des préparations d'ergotine pendant la période puerpérale, et a remarqué que les douleurs post-partum étaient assez marquées et que l'involution utérine se faisait plus rapidement. Le pouls, sous l'influence de l'ergotine, se ralentit, mais la température et la sécrétion de la glande mammaire n'en sont pas influencées ; l'état général de la mère et du fœtus ne sont pas modifiés. Il en conclut que l'administration de

l'ergotine est utile, même dans l'accouchement normal, mais doit être surtout faite comme moyen prophylactique, avant les opérations obstétricales, comme l'opération césarienne, dans l'accouchement gemellaire, l'hydramnios, l'atonie utérine, la subinvolution et l'endométrite puerpérale. Les contre-indications sont : les hémorrhagies de la grossesse et la faiblesse des contractions utérines pendant la dilatation du col et l'expulsion du fœtus. (*Arch. fur Gynec.*, janvier.)

12. — Traitement palliatif du cancer utérin. (BOLDT.)
— Curettage de la cavité utérine, puis cautérisations répétées avec la mixture suivante :

Acide acétique du commerce.....	4 gr.
Glycérine	12 —
Acide phénique.....	0 gr. 13

M. s. a.

Tampons d'ouate hydrophile.

13. — Pilules contre l'aménorrhée (BOLDT.)

Bichlorure de mercure.....	0.003 millig.
Arséniate de soude.....	0.005 —
Extrait de noix vomique.....	0.01 centig.
Carbonate de potasse.....	0.03 —
Sulfate de fer desséché.....	0.15 —

Pour une pilule.

F. s. a. trente pilules semblables.

Une à chaque repas.

FORMULAIRE

—

Névralgie intercostale sous-mammaire liée aux affections utérines, son traitement.

[(JULES CHÉRON.)

La névralgie intercostale sous-mammaire est un des symptômes les plus fréquents qu'on observe en gynécologie, si bien qu'on peut pres-

que affirmer *à priori* que toute malade qui se plaint d'une douleur localisée sous le sein gauche a une affection de l'utérus.

Cette névralgie réclame un traitement direct, car elle persiste souvent après la guérison de l'affection utérine qui lui a donné naissance.

On peut la combattre par la révulsion locale (pointes de feu, vésicatoires, pulvérisations de chlorure d'éthyle ou de chlorure de méthyle, chloroforme, etc.).

Les sels de quinine, l'aconitine, la morphine, l'atropine ont été employés tour à tour avec plus ou moins de succès contre cette névralgie.

L'association de la phénacétine et de la quinine est également recommandable ; elle réussit plus fréquemment contre ce symptôme tenace et rebelle que les médicaments que je viens d'énumérer.

Voici la formule à laquelle je conseille de recourir :

Phénacétine 0 gr. 50 centigrammes.
Chlorhydrate de quinine..... 0 gr. 10 centigrammes.

En un cachet.

Prendre un cachet avant chacun des principaux repas.

Mais le moyen qui, de tous, m'a donné les meilleurs résultats est le suivant :

On fait prendre à la malade, tous les jours, trois à cinq cuillerées à soupe de la potion suivante, une demi-heure avant le repas ou trois heures après :

Teinture de gelsemium sempervirens..... 100 gouttes.
Sirop simple..... 40 grammes.
Eau distillée..... 260 grammes.

Cela fait de 15 à 20 gouttes de teinture par jour ; c'est une dose qu'il ne faut pas dépasser.

S'il existe des points très douloureux au toucher, le long du nerf intercostal en remontant vers le rachis, il sera utile de les toucher, tous les deux jours, avec de la teinture d'iode morphinée, d'après la formule suivante :

Teinture d'iode..... 30 grammes.
Sulfate de morphine..... 1 gramme.

Directeur-Gérant, D^r J. CHÉRON.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

- I. — ATTÉNUATION SPONTANÉE DE LA VIRULENCE DU PUS DES SALPINGITES.
- II. — GUÉRISON DES ABCÈS PELVIENS PAR L'INCISION VAGINALE.
- III. — UTILITÉ DU MASSAGE GYNÉCOLOGIQUE.

Aucun sujet nouveau n'ayant été mis à l'ordre du jour, ce mois-ci, nous en profiterons pour revenir sur des questions déjà traitées dans nos précédentes revues.

Nous avons souvent insisté sur l'atténuation spontanée de la virulence du pus des salpingites ; ce fait, maintes fois constaté par les bactériologistes, donne, à notre avis, l'explication des nombreuses guérisons qu'obtiennent les gynécologues conservateurs, dans des cas indéniables de pyo-salpingite, par la désinfection de l'utérus et le drainage par les voies naturelles. Si l'on pouvait, dans tous les cas, éviter les réinfections auxquelles sont soumises certaines malades, surtout les réinfections blennorrhagiques, l'indication de la salpingectomie ou de l'hystérectomie pour suppuration pelvienne serait tout à fait rare pour qui saurait mettre en œuvre toutes les ressources de la gynécologie conservatrice. Malheureusement les réin-

fections ne sont pas toujours évitables, et, dès lors, le sacrifice de l'utérus et des annexes devient le seul mode de traitement vraiment curatif.

M. BOINET (de Marseille) vient de publier de nouvelles recherches sur le pus des salpingites (1) :

« On constate, dit-il, dans certaines vieilles salpingites, une diminution de la virulence de leur contenu, et du pus morphologiquement chargé de microbes infectieux s'est montré pratiquement stérile. Nous citerons comme exemple le pus d'une salpingite ancienne qui, examiné directement sur lamelles, contenait des cocci en chaînettes. Lesensemencements sur agar, bouillon, gélatine, sont restés stériles et les inoculations de ce pus dans le péritoine des animaux n'ont produit aucun accident. »

Dans d'autres cas, la virulence du pus n'est qu'endormie en quelque sorte, et, en changeant les microbes de milieu de cultures, on peut leur rendre toutes leurs qualités pathogènes.

« Ainsi : le pus d'une salpingite, dit l'auteur, recueilli sur lamelles avec toutes les précautions voulues, présentait, à l'examen direct, des streptocoques ; son injection, à la dose de quelques centimètres cubes, dans la cavité péritonéale des cobayes, lapins et rats, n'entraîne aucun accident. Les cultures caractéristiques du streptocoque se développaient, dès le second jour de l'ensemencement, dans des tubes d'agar, de gélatine et de bouillon, et elles acquéraient, à ce moment, une telle virulence que leur inoculation dans le péritoine des animaux déterminait une péritonite suraiguë très rapidement mortelle. »

La conclusion est qu'il ne faut pas se hâter d'intervenir, à moins d'accidents urgents, dans les salpingites suppurées ; alors même que l'on devrait en arriver à l'hystérectomie, il y a tout avantage à attendre que la virulence du pus se soit spontanément atténuée jusqu'à devenir pratiquement négligeable.

II. — Nous avons discuté dernièrement le traitement des

(1) *L'Echo médical*, 28 janvier 1894.

abcès pelviens et nous avons montré que l'incision vaginale pouvait prétendre à être la méthode de choix pour la guérison des abcès non énucléables, ayant leur siège dans le tissu paramétrique. On peut également considérer l'incision vaginale comme préférable à l'ablation des annexes dans les pyosalpinx récents quand l'état des malades est trop grave pour que la chloroformisation ne présente aucun danger, alors que le choc opératoire est à redouter, si on fait une laparotomie. Certaines hématoécèles suppurées indiquent aussi l'incision vaginale, comme le prouvent les faits de M. Mangin (de Marseille) analysés dans la revue que nous rappelons brièvement en ce moment.

Nous avons omis de parler, à ce sujet, d'une variété rare d'abcès pelviens, siégeant dans le tissu cellulaire péri-utérin et ouverts dans l'utérus spontanément, en créant une fistule intarissable. Dans ce cas, la tentation serait grande, sans doute, de recourir à l'hystérectomie. Cependant, là encore, une simple incision suivie de drainage peut amener une guérison rapide, et, non seulement la gravité de cette opération est infiniment moins grande que celle de l'hystérectomie, mais encore, en conservant l'utérus, on ne conserve pas un organe inutile, les grossesses étant loin d'être rares après la guérison de paramétrites suppurées.

Il ne sera donc pas inutile de reproduire ici les observations que M. NISOT (de Bruxelles) rapportait récemment à la *Société belge de gynécologie* (séance du 16 décembre 1894). Voici ses observations :

« Obs. I. — Mademoiselle X., 26 ans, constate des pertes blanches en 1892, ne s'en inquiète pas et fait des ablutions de propreté jusqu'à la mi-décembre. Mais les pertes augmentant, devenant jaunâtres, l'engagent à consulter un docteur qui lui prescrit des injections boriquées et lui place, à plusieurs reprises, dans le vagin, des ovules médicamenteux.

« Malgré cela, l'état de la malade s'aggrave, elle maigrit, devient nerveuse et l'écoulement prend une odeur infecte.

« En mai 1893, le même confrère, à sa consultation, lui place dans la matrice un crayon de chlorure de zinc, 3 jours après un nouveau, puis un troisième. L'affection s'aggravant de plus en plus, il lui conseille un curettage, qui est refusé par un second médecin mandé en consultation, et cela à cause des brûlures produites par le chlorure de zinc. La malade est envoyée ensuite à la campagne où on essaie de lui faire la dilatation utérine, mais sans succès ; au contraire, l'écoulement de pus qui se fait de temps en temps en grande quantité est devenu tel que la malade s'isole d'elle-même de sa famille. Elle entre dans la clinique du Dr Dorff en janvier 1894 ; le diagnostic du médecin traitant était : salpingite gauche et indication chirurgicale en rapport.

« L'examen sous le chloroforme nous donne :

« Annexes et ovaires sains des deux côtés. Matrice petite, mobile, rétrovertie. Du côté droit du vagin, on constate une tumeur, grosse comme un poing, surtout apparente lorsque la malade fait des efforts ; de plus, à chaque pression abdominale qu'elle exerce, il se produit par l'orifice du col un jet de pus d'une infection épouvantable, écœurante !

« L'examen terminé, la tumeur avait disparu, n'était plus palpable.

« D'après l'ensemble des symptômes, on conclut à un foyer purulent intra-ligamenteux du côté droit, le pus se déversant par intermittence dans la matrice.

« L'indication opératoire qui s'imposait était de rechercher l'ouverture fistuleuse dans l'utérus et d'ouvrir ensuite largement le foyer phlegmoneux....

« La dilatation ayant donc été faite, on reconnut par le toucher, vers le milieu de la matrice, du côté droit, un bourrelet percé d'un orifice ; au moyen d'une sonde on put pénétrer jusqu'au centre d'un grand abcès situé dans le paramétrium droit.

« On incise largement, tout en disséquant le tissu de la matrice jusqu'à la perforation utérine. Le tout fut ensuite bourré de gaze iodoformée. La guérison complète ne tarda pas à se faire au bout de quelques semaines.

« Obs. II. — Le second cas se rapporte à Mme X..., 31 ans, 4 en-

fants. Depuis un an, à la suite d'une fausse couche, elle se plaint de douleurs localisées dans la région sacrée et le fond du bassin. Par l'orifice utérin se fait un écoulement purulent à odeur fétide, et qui, comme dans le cas précédent, se produit par intermittence.

« Elle avait subi quatre mois auparavant un raclage sans aucun résultat ; à la proposition d'un second raclage, elle vint à la clinique du D^r Dorff.

« Par l'examen chloroformique, on constate une matrice petite en antéversion exagérée, le col fortement attiré en arrière et fixé.

« Dans le douglas, par le toucher, on perçoit la sensation d'une tumeur molle.

« Après dilatation de la matrice, au moyen de 4 tupelos, on trouve dans la paroi postérieure, au-dessus de l'orifice interne, une petite ouverture fistuleuse, qui conduit directement dans un abcès du volume d'un œuf d'oie. Une large ouverture de l'abcès, y compris la paroi utérine, suivi de tamponnement à la gaze iodoformée, donna une guérison rapide.

« Obs. III. — Je vous relate un troisième cas d'abcès pelvien, celui-ci intra-péritonéal, mais dont la genèse n'est pas tout à fait claire.

« Mademoiselle X. . . ., 24 ans, tombe malade il y a deux ans : douleurs généralisées, gonflement du ventre.

« Un an après, elle subit un curettage ; trois mois plus tard, elle retombe malade avec tous les symptômes d'une péritonite plus ou moins généralisée.

« Le 14 juillet, le D^r Dorff l'examine pour la première fois à la campagne.

« Sans recourir à la narcose, il constate une matrice petite, antéfléchie, les deux annexes et les ovaires difficiles à bien limiter, mais sans lésions apparentes ; seulement, à la hauteur du fond de la matrice se trouvait une tumeur fluctuante qui, très développée à droite, se propageait également vers la gauche du ventre et remontait jusqu'au milieu de l'espace compris entre la symphyse et le nombril.

« Par la percussion abdominale, l'on percevait au-dessus de ce niveau le tympanisme intestinal.

« D'après l'ensemble des symptômes, le cours de la maladie, jusqu'au moment de l'examen l'on devait conclure à un abcès consécutif à une pelvi-péritonite.

« Vu la situation grave de la malade, dont la température oscillait entre 39° et 40°, l'intervention hâtive était indiquée.

« Le surlendemain, jour de l'opération, nous fûmes fort surpris : l'abcès n'était plus palpable, même sous la narcose chloroformique. La malade avait évacué la nuit, avec les selles, une grande quantité de pus.

« Mais, malgré l'évacuation du contenu de l'abcès, le résultat du premier examen était concluant pour le mode d'intervention. Une incision fut faite du côté droit de l'abdomen; à cinq centimètres au-dessus du ligament de Poupert. Après avoir traversé un tissu épais, lardacé, l'on pénétra dans une cavité pouvant contenir un gros poing, et qui s'étendait, de plus, du côté gauche de l'abdomen. Cette cavité était limitée en haut par les intestins, en bas par la matrice. Elle fut comblée de gaze iodoformée.

« Seulement les soins consécutifs ayant dû se faire à la campagne, furent insuffisants, car après cinq semaines, le Dr Dorff, de retour de voyage, revit la malade non guérie; l'abcès donnait encore et se trouvait cloisonné en deux parties.

« La malade fut transportée à Bruxelles, dans la clinique, où l'on pratiqua une contre-ouverture du côté gauche, ainsi que le drainage par le vagin.

« Après cette dernière intervention, la malade entre rapidement en convalescence, et se trouve actuellement guérie, ne souffrant plus. La matrice et les annexes sont parfaitement normales.

« En vous relatant ces trois cas, dit M. Nisot, mon but était de vous montrer que la plupart des abcès pelviens indépendants d'inflammation des annexes de la matrice, quoique souvent difficiles à diagnostiquer, peuvent être guéris presque toujours par un traitement conservateur.

III. — Notre dernière Revue ayant été consacrée à la discussion des indications et des contre-indications du massage gynécologique, nous nous bornerons, pour aujourd'hui, à reproduire les trois observations suivantes qui confirment ce que nous disions de l'utilité de ce mode de traitement si peu ou plutôt si mal apprécié par la *Société de Chirurgie*.

Les deux premières appartiennent à M. LUTAUD (1) :

« Une jeune femme souffrait depuis plusieurs années d'une rétroflexion avec névralgie ovarienne très pénible. Comme elle appartenait par ses relations au monde médical, elle fut l'objet de nombreux examens suivis des traitements les plus variés.

« Deux membres très distingués de la Société de chirurgie déclarèrent que la cure ne pouvait être obtenue que par l'ablation des annexes et proposèrent la castration. L'opération fut d'abord décidée ; on accorda cependant un sursis à la malade pour faire une saison d'eau. Dans l'intervalle, ces messieurs voulurent bien permettre le massage dans lequel ils n'avaient aucune confiance, mais simplement *pour l'occuper*.

« A la grande surprise de tous, la jeune femme devint enceinte et accoucha à terme d'un enfant vigoureux qui était désiré depuis longtemps dans le ménage.

« *Un tel résultat aurait-il été obtenu par la laparotomie ?*

« L'autre observation est non moins caractéristique. Un an après un premier accouchement assez laborieux une jeune et riche névropathe fut prise d'accidents bizarres dus à une rétroversion et à des adhérences. Paroxysmes douloureux ovariens à chaque époque menstruelle. Cette femme a vu plus de 15 médecins ou chirurgiens gynécologues. Dans une grande consultation à laquelle j'assistais avec deux chirurgiens des hôpitaux, l'un proposa la castration et l'autre l'hystérectomie totale. J'avoue m'être rallié à l'opinion de mes deux éminents collègues. La malade résista et s'en fut dans une maison de santé belge, et de là chez le curé Kneipp. Elle en revint enceinte et mon distingué collègue L. de la Société obstétricale l'a récemment délivrée d'un beau garçon.

« *Un tel résultat aurait-il été obtenu par la castration ou l'hystérectomie ?*

« Je n'insiste pas dit M. Lutaud, et je veux simplement dire que le massage, si mal apprécié à la *Société de chirurgie*, a cependant des applications utiles et qu'il peut, dans certains cas, remettre sur pied des femmes qui semblaient vouées à la castration.»

La troisième observation est de M. COURTIN (de Bordeaux)

(1) Le massage devant la Société de Chirurgie. *Journal de médecine de Paris*, 27 janvier 1895.

et a été rapportée dans la séance du 12 mars dernier de la *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Bordeaux* (*Journ. de médecine de Bordeaux*):

M. COURTIN présente une jeune femme qui, ayant été atteinte, six mois avant le traitement, d'hématocèle péri-utérine avec salpingite et paramétrite, a rapidement guéri sous l'influence du massage gynécologique. La main percevait un empâtement douloureux et profond dans la région salpingo-ovarienne droite. Au toucher, on trouvait la partie droite du cul-de-sac postérieur envahie par une tuméfaction dure, mais élastique ; cette tuméfaction occupait tout le cul-de-sac latéral et une partie seulement du cul-de-sac antérieur ; l'utérus était fixé dans cette tuméfaction et, lorsqu'avec le doigt, on essayait d'attirer le col à gauche, la malade accusait une vive douleur.

« Par le palper combiné au toucher, on retrouvait cette tumeur occupant le bord latéral droit de l'utérus et envahissant une grande partie du côté droit du petit bassin.

« Ces données étaient confirmées par le toucher rectal.

« Après s'être assuré à plusieurs reprises que la température est normale et qu'il n'existe pas de collections purulentes, M. Courtin commence, le 8 septembre, le massage gynécologique. Ayant enduit sa main d'huile mercurielle, il introduit deux doigts dans le vagin et exerce des frictions légères sur les culs-de-sac postérieur, latéral droit et antérieur ; cette première séance, qui a été très courte, est un peu douloureuse : repos absolu au lit. La douleur ne persiste que quelques instants ; le lendemain on recommence, mais on fait quelques frictions légères sur la paroi abdominale droite, tout en massant les parties indurées que l'on trouve dans le vagin. Les douleurs sont encore assez vives et persistent quelques instants après cette seconde séance. Toujours absence de réaction inflammatoire. Dans la troisième séance, on combine le massage vagino-abdominal, faisant une sorte de pétrissage vagino-abdominal. Les douleurs sont moins vives. Après la huitième séance, la tumeur du cul-de-sac postérieur a totalement disparu, l'empâtement du bord droit de l'utérus est moins douloureux et en voie de résolution. Après douze séances, on ne retrouve plus d'induration, l'utérus redevient mobile, et c'est à peine si un léger empâtement permet de soupçonner la lésion péri-utérine. Les règles apparaissent le 22 septembre sans

douleur. Exeat le 28 septembre, marche aisée, plus de douleurs ; pas de leucorrhée. Cet état s'est maintenu malgré la reprise des travaux pénibles de cette femme.

« L'examen pratiqué au cours de la séance permet de voir que les culs-de-sac postérieur et latéral droit sont normaux, que l'utérus est resté un peu gros, mais non douloureux. Règles normales ; la malade peut travailler sans fatigue.

« Le massage gynécologique, conclut M. COURTIN, est donc un mode de traitement auquel il est bon de recourir pour détruire les reliquats inflammatoires para-utérins ou annexiels, alors que le foyer est absolument refroidi et que l'on a acquis par l'observation soigneuse de la température qu'il n'existe pas de collection purulente. »

JULES BATUAUD.

CLINIQUE DE SAINT-LAZARE

(D^r CHÉRON.)

Le progrès que la thérapeutique gynécologique a fait en enlevant par la laparotomie et l'hystérectomie les organes génitaux de la femme plus ou moins atteints, n'est-il pas, jusqu'à un certain point, plus apparent que réel ? Si l'on réfléchit au but que la thérapeutique poursuit, n'est-on pas en droit de se dire que procéder d'emblée au sacrifice des organes malades est un aveu d'impuissance avérée ?

Dans une leçon d'ouverture de notre clinique de la rue de Savoie, il y a deux ou trois ans, je faisais ressortir le rôle conservateur qui, de tout temps, fit la gloire de la grande chirurgie et je citais un certain nombre d'appréciations empruntées à des savants chirurgiens gynécologues réprochant déjà les excès de la chirurgie gynécologique à outrance et faisant amende honorable.

Permettez-moi de vous redire ce que je disais alors : « La chirurgie générale s'est transformée depuis la découverte de l'antisepsie, mais ce qui la rend à un si haut degré supérieure

à la chirurgie ancienne, ce qui fait sa gloire, ce qui la rend digne de notre admiration, ce n'est pas surtout la découverte d'opérations nouvelles dont on aurait eu à peine l'audace de concevoir la possibilité, il y a une vingtaine d'années.

Ce qui est si admirable dans la chirurgie moderne, c'est qu'une fracture ouverte n'exige pour ainsi dire jamais l'amputation du membre fracturé, c'est qu'une plaie grande ou petite guérit sans complications, alors qu'autrefois les complications les plus graves pouvaient survenir à la suite d'un léger traumatisme, obligeant le chirurgien à faire amputation sur amputation, heureux encore quand le sacrifice du membre primitivement atteint permettait de sauver la vie du malade. Ce qui fait la supériorité de la chirurgie moderne, en un mot, c'est qu'elle est devenue conservatrice et qu'elle est devenue de plus en plus conservatrice à mesure que la science a progressé. Guérir au prix de terribles mutilations, c'était le pis-aller de l'ancienne chirurgie : guérir sans mutiler, voilà le véritable titre de gloire de la chirurgie antiseptique.

Je sais bien qu'on objecte qu'en matière de lésions des annexes, si on fait des mutilations, du moins ces mutilations portent sur des organes devenus inutiles, incapables de remplir leur fonction physiologique, et que la stérilité, dans les cas opérés, était irrémédiable. Est-ce toujours vrai ?

« De ce qu'un ovaire est malade partiellement, dit C. C. Coë (1), il ne s'en suit pas qu'il ne fonctionne plus et que son ablation est indiquée. »

« L'ovarite chronique, affirme Martin (2), peut guérir avec retour de l'organe à l'état normal, cela n'est pas douteux. Mes propres observations m'ont démontré qu'une ovarite chronique double, ayant duré fort longtemps, peut rétrocéder et arriver à la guérison en permettant même par suite la conception. »

(1) C. C. Coë. *N.-Y. med. Jour.*, 17 avril 1886, et *Amer. Journ. of Obst.*, juin 1886.

(2) MARTIN. *Traité clinique des maladies des femmes*, trad. franc., 1889.

« L'ovarite chronique, dit Imlach (1), n'empêche pas l'ovulation de se faire. »

Polk (2) est conduit par l'expérience à admettre que le retour à la santé est la règle après la salpingite et que la conception peut avoir lieu dans un certain nombre de cas.

Walton (3), dont nous aurons l'occasion de parler tout à l'heure, croit également la fécondation fréquente après la salpingite. — Grandin (4) est du même avis.

Pichevin (5), à qui nous empruntons les citations qui précèdent, résume ainsi l'avis des auteurs qu'il a consultés : « La salpingite est donc une affection qui semble, dans le plus grand nombre des cas, marcher naturellement vers la guérison. Elle n'aboutit pas fatalement à la stérilité, de l'avis d'hommes autorisés et qui ont pratiqué de fréquentes opérations sur les annexes. »

Pour ma part, j'ai déjà vu la grossesse survenir et aller jusqu'à terme chez des malades évidemment atteintes, quelque temps auparavant, de lésions sérieuses des annexes, même bilatérales. L'exemple le plus frappant est celui d'une de mes anciennes malades qui devint enceinte quelques mois seulement après qu'un chirurgien eût voulu lui pratiquer la castration, en lui affirmant que toute espérance de conception était perdue à tout jamais pour elle.

Il y a donc lieu de réfléchir mûrement avant de proposer à une malade l'ablation de l'utérus ou l'ablation des annexes : il y a lieu de le faire d'autant plus que la guérison peut être obtenue dans la très grande majorité des cas, par une thérapeutique conservatrice.

« Il y a un an, disait Polk (6) en 1887, si l'on m'avait

(1) IMLACH : *Oophorraphie*. Soc. de gyn. angl., 11 nov. 1885.

(2) POLK. *Transact. of the amer. gynec. Society*, vol. XII, N.-Y., 1888, p. 128.

(3) WALTON. *Contribution à l'étude de la péritonite*. Bruxelles, 1883.

(4) GRANDIN. *Med. Record*, 25 août 1888.

(5) PICHEVIN. Des abus de la castration chez la femme. Paris, Steinheil, 1890, n° 43.

(6) POLK, *loc. cit.* .

demandé s'il fallait enlever les trompes et les ovaires dans tous les cas de salpingite, j'aurais répondu oui ; mais quelques expériences sur la table d'opérations m'ont permis de douter de la justesse de cette affirmation.

« Je suis convaincu, dit Emmet (1), que dans les 2/3 des cas opérés aujourd'hui, aucun chirurgien ayant quelque respect de sa réputation ne voudra les opérer dans 5 ans d'ici » et ailleurs il « espère que les générations futures n'auront pas à subir la castration, car les médecins apprendront à mieux traiter les malades ».

En France, c'est le D^r Doléris (2) qui fait appel à la gynécologie conservatrice et proteste avec un grand sens clinique, contre les mutilations inutiles : « Je suis convaincu, dit-il, que les huit dixièmes des femmes opérées pouvaient éviter l'opération radicale. »

Est-ce à dire pour cela que nous devons revenir à la gynécologie purement médicale de Bernutz ? Nullement. Nous avons acquis des données plus précises sur la pathogénie des infections pelviennes, nous avons appris à intervenir sans danger sur l'utérus, alors même que les annexes sont atteintes secondairement, il serait illogique de se priver des conquêtes de ces dernières années. Nous pouvons faire mieux qu'autrefois, nous pouvons désinfecter à fond l'utérus et permettre ainsi la guérison rapide des lésions des annexes, alors que sans désinfection de l'utérus la guérison serait lente et incertaine ; il faut savoir mettre à profit les ressources de la gynécologie moderne.

C'est à Walton que je vous citais tout à l'heure, que revient l'honneur de nous avoir prouvé l'innocuité du curettage aseptique dans l'endométrite compliquée de salpingo-ovarite ou de péritonite ; c'est lui qui nous a démontré la possibilité d'évacuer les collections tubaires dans l'utérus, sans danger pour les malades, au moyen de la dilatation forcée de la matrice.

(1) EMMET, cité par Pichevin (*loc. cit.*, p. 41 et p. 47).

(2) DOLÉRIS. Trop de mutilations inutiles... pas assez de gynécologie conservatrice. *La Clinique*, 1^{er} octobre 1891.

Son exemple n'a pas tardé à être suivi, avec le même succès, par un grand nombre d'observateurs. Quant à moi, je vous ai montré, ici même, et ceux d'entre vous qui sont venus quelquefois dans mon service de Saint-Lazare ont pu constater aussi bien dans ce service que dans cette clinique, combien le curettage est inoffensif dans les cas dont nous parlons et avec quelle rapidité survient la guérison des lésions des annexes, grâce à cette thérapeutique nouvelle et pleine d'avenir.

Je me suis étendu un peu plus que je ne voulais sur cette question des inflammations de l'utérus et des annexes ; je ne le regrette pas cependant, car il s'agit des lésions les plus fréquentes et il n'était pas inutile de vous exposer complètement l'état actuel de la gynécologie sur ce point capital.

Vous avez pu voir, si vous avez bien suivi mon exposition, comment la gynécologie purement médicale de 1877 a fait place peu à peu à la gynécologie chirurgicale. Vous avez assisté tous à cette révolution, dont j'ai essayé de vous faire toucher du doigt les excès non douteux et d'ailleurs reconnus par les gynécologistes les plus autorisés. Actuellement la réaction contre les mutilations inutiles se produit de tous les côtés à la fois. C'est un gynécologiste américain qui s'écrie, ces jours-ci : « L'ablation d'un organe n'est pas une victoire, mais une défaite thérapeutique. »

Le *Medical Record* du 26 septembre 1891 donne en ces termes la relation de ce fait : « On considère assez fréquemment les chirurgiens américains comme particulièrement atteints de la manie opératoire ; il est d'autant plus intéressant de recueillir, dans ce pays même, des protestations contre l'abus des interventions opératoires. Au Congrès triennal des médecins et chirurgiens américains, W. Lusk (de New-York) a développé cette idée, que l'ablation d'un organe n'est pas un succès, mais une défaite thérapeutique. Beaucoup de cas de salpingite sont guérissables et l'ablation des ovaires exerce une profonde influence sur l'organisme tout entier de la femme. Sinkler remarque que l'opérateur ne peut pas suivre assez

près ses malades après l'opération et que la plupart des désordres consécutifs lui échappent. Les troubles psychiques sont fréquents après la castration et il n'est pas rare de les voir aller jusqu'à l'aliénation. Putnam, Weir, Mitchell et Guerdner rapportent des cas de salpingite non douteuse guéris sans opération et où la guérison a été affirmée par la survenue d'une grossesse. »

C'est un gynécologue russe, M. Grammatikati(1) qui nous dit : « Après l'ablation des ovaires, on observe de graves désordres menstruels, les signes d'un climactérium prématuré, des désordres circulatoires vaso-moteurs, et même des troubles psychiques chez les femmes opérées. Après l'extirpation de l'utérus, les malades sont tourmentées par des attaques de dysménorrhée graves, qui peuvent aussi produire des troubles psychiques. On doit donc sympathiser aux empressements de la gynécologie moderne, qui tend à restreindre le domaine des opérations en développant les méthodes de traitement conservatif. » En France, enfin, c'est M. Doléris (2), dont je vous ai déjà indiqué les tendances si judicieuses, qui fait entrevoir, au Congrès de Berlin, l'orientation future de la gynécologie et qui nous dit : « L'avenir est aux procédés de restauration et de conservation, non à ceux de destruction. »

Pour nous, nous resterons fidèles à la gynécologie que nous avons toujours défendue jusqu'à ce jour ; nous soignerons les malades comme savaient le faire les gynécologues médecins qui ont illustré la science française, mais nous profiterons aussi des conquêtes modernes et nous ferons de la gynécologie chirurgicale, en restreignant toutefois nos interventions au strict nécessaire pour la guérison ; en un mot, nous continuerons à faire de la gynécologie médico-chirurgicale, et cette gynécologie restera autant que possible dans les limites de la gynécologie conservatrice.

En terminant, permettez-moi de vous répéter les deux aphorismes qui résument cet entretien.

(1) *Journal de médecine de Paris*, 8 nov. 1891.

(2) DOLÉRIS. *L'objectif physiologique en gyn.* Congrès de Berlin, 1890.

L'ablation d'un organe n'est pas une victoire, mais une défaite thérapeutique.

C'est la gynécologie conservatrice qui est la gynécologie de l'avenir.

TECHNIQUE THÉRAPEUTIQUE

(2^e article, voir le n^o précédent.)

Des bains de siège, des bains utéro-vaginaux, des lotions vulvaires, des lotions du vagin et du col,

Par le D^r Jules CHÉRON, médecin de Saint-Lazare,
et le D^r Jules BATUAUD, ancien interne de Saint-Lazare.

SOMMAIRE : I. — *Bains de siège*. Bains de siège chauds, leurs avantages et leurs indications. Bains de siège froids (méthode de Courty, méthode de Tilt, méthode de Lombe Atthil), leurs inconvénients.

II. — *Bains utéro-vaginaux*. Leurs indications, leur action sédative, leur action sur la température de l'utérus ; manière de les employer.

III. — *Lotions vulvaires* : Lotions de propreté, leur importance. Inconvénients sérieux de l'emploi des éponges et avantages de l'ouate hydrophile. Lotions médicamenteuses ; formules de lotions contre les diverses variétés de prurit, contre les végétations et contre l'eczéma.

IV. — *Lotions du vagin et du col*. Leurs indications, leur manuel opératoire.

I. — BAINS DE SIÈGE.

Les bains de siège sont d'un emploi journalier contre les affections utérines. Ils présentent cet avantage sur les bains généraux de pouvoir être répétés aussi souvent qu'il est nécessaire sans fatiguer les malades.

Les bains de siège chauds sont, à notre avis, les plus utiles ; ce sont d'excellents sédatifs des douleurs pelviennes, qu'il s'agisse d'utérus irritables, chez des névropathes sans lésions locales appréciables ou qu'il s'agisse de lésions inflammatoires chroniques. On ordonnera, dans ces cas, un bain de siège chaud, tous les soirs, avant le coucher, sauf pendant la période des règles.

Ces bains se font soit à l'eau simple, soit à l'eau de son, de pa-

vot, soit avec une solution de tannin, d'alun, de sel marin, etc., dans les proportions suivantes :

Son, 500 grammes ; pavot n° 1 ; tannin 30 gr. ; alun 30 gr. ; sel marin, 500 gr.

Les bains de siège froids ou frais ont été très vantés par COURTY et par TILT, comme antiphlogistiques et comme toniques dans le traitement des inflammations chroniques de l'utérus.

COURTY les employait à quelques degrés seulement au-dessous de la température du corps.

TILT utilisait l'eau froide, en prenant soin de proportionner la durée du bain de siège à la susceptibilité de la malade : deux à trois minutes d'abord pour arriver graduellement à une durée maxima de cinq minutes. Malgré cette précaution, il lui est souvent arrivé d'être obligé d'y renoncer et de remplacer les bains de siège par des lotions alternativement froides et chaudes.

LOMBE ATTHIL ne recommandait les bains de siège froids que dans l'aménorrhée : pendant les dix jours qui précèdent l'époque présumée des règles, on fait, tous les soirs, pendant 5 à 10 ou 15 minutes, asseoir la malade dans un bain contenant assez d'eau froide pour couvrir le bassin pendant que les pieds sont plongés dans de l'eau chaude ou enveloppés de flanelle. Des frictions énergiques avec un linge rude, une boule d'eau chaude aux pieds assurent la réaction.

Les bains de siège froids, chez nombre de malades, déterminent des névralgies plus ou moins pénibles, plus ou moins rebelles ; nous pensons donc qu'il ne faut les conseiller que d'une façon exceptionnelle.

La grande indication des bains de siège est, pour nous, la névralgie pelvienne et, dans ce cas, c'est au bain de siège chaud qu'il faut avoir recours.

II. — BAINS UTÉRO-VAGINAUX.

Les indications du bain utéro-vaginal sont les mêmes que celles du bain de siège, c'est dire qu'on l'emploie surtout dans les cas d'utérus sensible, irritable, comme disent les anglais,

appartenant à une malade névropathe ou même franchement hystérique.

Ces bains sont donc surtout des bains sédatifs et émollients. Aussi emploie-t-on surtout l'eau de guimauve, l'eau de son, d'amidon, etc. Ce mode de médication est très employé dans quelques stations d'eaux minérales pour combattre les formes passives très anciennes de la congestion, de l'inflammation chronique, les reliquats de vicilles paramétrites, etc., et les résultats obtenus sont parfois réellement importants.

Dans bien des cas, on voit à la suite d'un bain utéro-vaginal d'une durée d'un quart d'heure, la température prise dans la cavité utérine, avant et après le bain, baisser de deux à trois dixièmes de degré à la suite de cette médication. (Chéron.)

Les bains utéro-vaginaux se prennent très facilement, la malade étant dans un grand bain ou dans un bain de siège. Dans beaucoup de cas, il suffit, si la malade a déjà eu des enfants, d'écarter les lèvres vulvaires pour que la masse liquide déplisse les parois du vagin et le maintienne dilaté.

Des instruments ont été cependant proposés et sont souvent employés pour faciliter la pénétration de l'eau jusque dans la profondeur du vagin. Le meilleur, le plus simple, le plus facile à aseptiser (par flambage sur une lampe à alcool) est le spéculum grillagé de M. Siredey. C'est un spéculum légèrement courbe comme le conduit vaginal lui-même et constitué par deux anneaux métalliques réunis par six tiges également métalliques ; l'anneau externe a un diamètre notablement plus considérable que l'anneau interne et cette forme conique facilite beaucoup l'introduction du spéculum ; enfin, l'anneau externe ou vulvaire est muni d'une petite poignée à l'extrémité supérieure de son diamètre vertical. Cet instrument est d'un maniement facile et peut être employé par les malades elles-mêmes sans le moindre danger, à la condition qu'on leur en ait expliqué le mode d'emploi.

On utilise pour les bains utéro-vaginaux les mêmes liquides que pour les bains de siège et pour les injections vaginales (voir plus loin.)

III. — LOTIONS VULVAIRES.

L'usage des lotions vulvaires est, à juste titre, très répandu. Des lotions bi-quotidiennes, avec de l'eau tiédie, sont en effet indispensables pour enlever les matières grasses sécrétées par les glandes de la région et pour maintenir la vulve dans un état parfait de propreté ; elles sont particulièrement nécessaires pendant et après les règles, et lorsqu'il existe de la leucorrhée vulvaire, vaginale ou utérine.

L'intertrigo, les érosions de la vulve, les excoriations de la région sont efficacement prévenus par cette précaution hygiénique.

Mais, avant tout, il faut conseiller aux personnes bien portantes comme aux malades de renoncer complètement aux éponges pour faire ces lotions. Ces éponges sont presque impossibles à maintenir rigoureusement propres, elles occasionnent souvent des accidents locaux et on peut dire qu'elles éternisent à coup sûr les pertes leucorrhéiques. Aussi, prenons-nous toujours la précaution de recommander aux personnes qui viennent nous consulter de se servir exclusivement d'ouate hydrophile (qui ne sert qu'une fois bien entendu) pour lotionner la vulve.

Les lotions de propreté se font à l'eau tiède, après savonnage de la région, soit à l'eau simple, soit à l'eau boriquée (une cuillerée à soupe d'acide borique pour un litre d'eau.)

Les lotions vulvaires sont encore utilisées contre le prurit idiopathique ou causé par des irritations locales et contre certaines formes de végétations très vasculaires et étendues en nappe, difficiles par suite à exciser.

Contre le prurit simple on peut faire plusieurs fois par jour des lotions avec une infusion de mauves contenant pour un litre d'infusion, 50 grammes d'eau de laurier cerise et 10 grammes de sous-borate de soude, suivant la formule de M. Guéneau de Mussy. Si les malades ne sont pas arthritiques et s'il n'existe pas de névralgie lombo-abdominale, il est encore un moyen plus simple qui réussit très bien, c'est d'envelopper le bassin d'un linge humecté d'eau chaude (eau de guimauve, de pavot) et d'entourer le tout d'une ceinture de laine, et de recouvrir le pansement d'un

taffetas gommé. L'hydrothérapie utilise les mêmes procédés avec de l'eau froide.

Le prurit dû à des irritations parasitaires réclame l'emploi de lotions avec de la liqueur de Van Swiéten dédoublée.

Le prurit causé par la leucorrhée vaginale disparaît rapidement par l'usage de lotions vulvaires et d'injections vaginales d'eau de goudron contenant, pour un litre d'eau de goudron, une cuillerée à bouche de teinture d'iode iodurée faite en mélangeant parties égales de teinture d'iode et d'iode métallique.

Contre les végétations très étendues en surface et très vasculaires l'usage de lotions avec une solution concentrée de tannin permet d'obtenir très rapidement la disparition de l'odeur, des sécrétions fétides, de la douleur et des hémorrhagies, enfin un véritable tannage des végétations qui se dessèchent, se raccourcissent et le plus souvent tombent spontanément.

Enfin, dans l'eczéma des parties génitales externes, chez la femme on emploie avec avantage, dans le service du D^r Chéron, à Saint-Lazare, des lotions au chlorate de potasse laudanisé ; voici la formule :

Chlorate de potasse.....	50 grammes
Laudanum de Sydenham.....	30 grammes
Aqua fontis.....	Un litre.

Cette solution doit être employée chaude. On en lotionne les parties que l'on recouvre ensuite de compresses imbibées de la même solution.

IV. — LOTIONS DU VAGIN ET DU COL.

Ces lotions consistent à baigner le museau de tanche et la muqueuse vaginale dans un liquide appliqué à l'aide d'un spéculum en verre. On emploie, dans ces cas, un spéculum en verre, en raison de la nature des solutions employées (solution de nitrate d'argent, solution étendue de teinture d'iode, solution étendue de chlorure de zinc) qui détérioreraient rapidement des spéculums métalliques.

Ces lotions semblent avoir été imaginées par Karl Meyer en

1861, qui employait surtout le vinaigre de bois contre les érosions du col, le catarrhe cervical et le catarrhe vaginal.

Elles ont joui d'une certaine faveur jusqu'à il y a une quinzaine d'années. Actuellement on n'en fait plus guère usage, et on les remplace avantageusement par des badigeonnages faits, sur les surfaes que l'on veut modifier, avec un bourdonnet d'ouate hydrophile monté sur une tige métallique.

Quoi qu'il en soit, voici comment se pratiquaient ces lotions :

Quand on voulait agir uniquement sur la portion vaginale du col, on embrassait exactement le museau de tanche avec le spéculum de verre, on versait une quantité plus ou moins grande de liquide dans le spéculum, on laissait ce liquide en contact pendant quelques minutes avec le col, puis on abaissait le manche de l'instrument et on épongeait avec soin avant de retirer celui-ci.

Quand on voulait agir sur une partie plus ou moins étendue de la muqueuse vaginale, on retirait lentement le spéculum en laissant le liquide s'étaler sur cette muqueuse pour la déterger ou la modifier.

(A suivre.)

LE TRAVAIL DES FEMMES

Par le Docteur Bécour

—

La composition d'imprimerie.

Quelques délégués de la Chambre Syndicale des Typographes du Nord nous ont demandé un rapport sur le travail des femmes dans l'imprimerie, notamment dans la composition. Sans entrer dans aucune question étrangère irritante, nous donnons ici notre avis impartial et l'expression publique de notre opinion basée sur l'observation personnelle et sur la science d'un grand nombre de nos confrères : Médecins, Professeurs, Hygiénistes, Ingénieurs, etc. ; qui, comme nous, ont été délégués au Congrès d'Hygiène de Paris en 1889.

Depuis trente-deux ans que nous étudions la pathologie gynécologique, nous avons dû remonter sans cesse aux causes des maladies qui incombent à la femme, et nous sommes arrivés à conclure que le travail féminin, dans bien des cas, est contraire aux lois physiologiques, à l'hygiène et à la morale sociale. Le médecin n'a pas à se préoccuper de la question économique lorsque les sources de la vie sont menacées.

La femme subit l'évolution sexuelle : le travail de la fille pubère doit être mesuré et sain comme celui de la femme, qu'elle soit en état de grossesse, en période de lactation, ou à la ménopause ; ces états successifs suffiraient à éloigner la femme de tous les métiers qui doivent être occupés par des hommes, si notre civilisation excessive n'imposait pas le travail à celle qui a droit au repos pour se préparer à l'enfantement et à la puericulture.

La femme a déjà des occupations multiples : la première levée chez l'ouvrier, et la dernière au repos, elle soigne le mari, les enfants, les grands-parents ; elle est cuisinière, couturière, lessiveuse, et souvent, trop souvent, garde-malade ; elle tient le bon ordre dans l'intérieur ouvrier, où celui-ci rentre volontiers lorsque sa maison est organisée avec méthode.

L'existence de la famille ouvrière, lorsque la mère travaille, n'est qu'une suite d'indispositions et de maux divers.

Signalons seulement les dangers de la promiscuité, les exemples pernicioeux pour la jeune fille, les entraînements de la séduction et la maternité précoce.

Dans les grandes agglomérations les filles-mères deviennent la règle, et comme corollaire « *la mortalité illégitime est plus élevée en France qu'ailleurs* » (Congrès d'Hygiène de Paris, page 1079), ceci accuse une dégénérescence des *progéniteurs*, l'hygiène mauvaise et le travail mal approprié des femmes.

« Il importe que nos législateurs et administrateurs étudient ces faits dont ils sont responsables : le nombre des mort-nés s'accroît de façon continue, cause primordiale : le travail des femmes dans l'industrie. » (Dr Bertillon, congrès, p. 1082.)

Sur 1,000 garçons légitimes 340 sont morts à 20 ans.

Sur 1,000 garçons illégitimes 740 sont morts à 20 ans.

Cause : le travail féminin.

Depuis qu'on a admis les femmes et les jeunes filles dans les ateliers en Amérique, il n'y a plus de travail dans certaines régions pour les hommes ; les familles vivaient autrefois dans des maisons salubres, actuellement ils s'entassent en promiscuité insalubre dans des chambrées qui sont la honte et le scandale de New-York. (D^r A. Smith, congrès, p. 79.)

Tous les médecins savent que la plupart des mères qui travaillent hors de chez elles produisent de chétifs soldats ; de plus elles sont sujettes aux avortements, aux affections utérines, etc., puis comme le milieu intérieur des ateliers est plus ou moins chargé de poussières toujours nuisibles, souvent toxiques, elles sont plus menacées que l'homme de toutes les maladies des voies respiratoires et deviennent inaptes au mariage fécond, à la maternité effective.

L'inaptitude au service militaire du Nord est en raison directe de l'extension des grandes industries. (D^r Arnould, inspecteur d'armée. *Éléments d'Hygiène*, p. 1130.)

Il meurt cent cinquante mille enfants par an avant l'âge d'un an ; et sur un million d'ouvrières cent mille accouchent d'une progéniture entachée de misère physiologique.

Le rachitisme, la tuberculose, l'anémie, l'athrepsie, le saturnisme, la nécrose phosphorée, l'hystérie, etc., etc., sont le lot des femmes et des fillettes qui travaillent dans des ateliers où le cube d'air et la lumière sont précaires, la ventilation insuffisante, les accidents fréquents, où dominant la poussière, la chaleur, l'humidité par destination ; de plus, le repas régulier est d'une difficulté extrême pour la famille travaillant dans des ateliers différents.

Ce que la femme gagne hors du domicile par un labeur contraire à sa nature, elle le perd en santé ; elle n'a pas le temps exigible pour préparer la subsistance pour tous, chacun mange hâtivement au dehors ; l'enfant est chez une mercenaire, de mauvaises habitudes se contractent qu'on n'enraye plus, l'alcoo-

lisme ouvre la série ; la famille est dissociée, la femme souffre et l'enfant meurt.

La loi de protection de l'enfance deviendrait caduque si la femme travaillait chez elle et la France aurait cent mille enfants survivants de plus par année.

Donc au point de vue physique le travail féminin a inauguré la dégénérescence de l'espèce, une natalité plus faible, un cadre nosologique plus rempli, et une énorme mortalité infantile.

Ce n'est pas par la femme que commence le désordre de la société ; elle obéit à la loi morale que cette société lui a faite.

Toutes ces considérations peuvent s'appliquer au travail de la femme dans la *Composition typographique* et nous tenons à prouver combien ce labeur, qui semble inoffensif de prime-abord, est nuisible à un haut degré pour la femme.

L'imprimerie ne figure pas dans la nomenclature des établissements insalubres ou dangereux visés par le décret de 1866, elle devrait y être au même titre que les industries qui produisent des *poussières nuisibles et toxiques*, que toutes celles qui manient le plomb et ses dérivés.

Dans le tableau de HIRT (in Arnould, p. 1169) on voit :

Sur 134 imprimeurs, 21 tuberculeux, 15 catarrheux, 3 asthmatiques, 5 pneumonies, soit 47 affections respiratoires. Plus 14 malades de l'appareil digestif, 7 rhumatisants, 3 cardiopathes ; leur vie moyenne est de 54 ans.

Les typographes paient donc un lourd tribut à la maladie et à la mort. Quant à la maladie professionnelle, voici ce qu'en dit le docteur MOTAIS, un des spécialistes les plus honorés de Paris :

« Sur 250 typographes il a 69 pour 0/0 de visions anormales « par paralysie oculaire due à l'intoxication saturnine ; les compositeurs notamment sont rapidement intoxiqués par le sel de « de plomb. » (Congrès de Paris, p. 764.)

D'après Luys, secrétaire de la Société de Biologie :

Sur 141 grossesses, il y a eu 82 avortements, 4 accouchements prématurés, 5 mort-nés, 20 morts avant 1 an, 8 en deuxième année, 8 en troisième. Soit un reliquat de 14.

Preuves que les émanations plombiques sont une des causes

les plus efficaces d'avortement et de mortalité infantile. (Congrès typographie, 1880, p. 59.)

Une autre statistique révèle que 75 0/0 des ouvriers d'imprimerie meurent à l'hôpital. (Congrès typographie, 1880, p. 59.)

Il est notoire que le saturnisme occasionne une série de maladies difficilement curables : 1° des voies digestives (coliques de plomb); 2° Paralysie des doigts ; 3° Affection du foie; 4° des reins (albuminurie, diabète) : 5° Affections des centres nerveux (paralysie générale et folie saturnine).

Tous ces maux sont communs dans le Nord *en raison de la médiocre protection ouvrière*, dit le Docteur Arnould (in *Eléments d'Hygiène*, page 1191).

Le Docteur Labarthe arrive aux mêmes conclusions dans son Dictionnaire de Médecine, où il signale les maux dont sont atteints les imprimeurs et les typographes manipulant les *caractères*.

En Allemagne, l'autorité a le droit d'interdire l'emploi des femmes dans les industries qui portent atteinte à la santé. En France l'on a interdit le travail de la femme dans la mine, et cependant une statistique de la morbidité et la mortalité des mineurs, rigoureusement établie (Anzin), accuse **2** décès sur mille par tuberculose, tandis que les imprimeurs-typographes offrent **210** décès sur mille pour la même maladie, et l'on condamne parfois les falsificateurs qui introduisent la litharge dans le vin, le cidre et les conserves !

Les lois présentent de ces anomalies lorsqu'elles ne sont pas mûrement étudiées.

En raison de ces faits, il est permis de conclure :

1° Que la femme, et la jeune fille surtout, sont intoxiquées plus rapidement que l'homme en se livrant à la composition dans un milieu où l'atmosphère tient en suspension les particules impondérables de sel plombique ;

2° Que la tuberculose, qui sévit à raison de **21** 0/0 sur les compositeurs, sévira avec plus d'intensité sur les jeunes filles en raison de leur réceptivité plus grande, notamment à l'âge pubère.

3° Qu'en outre des causes banales d'hémorragies, d'avortement,

etc, qui atteignent les femmes, les compositrices paieront un plus lourd tribut à ces maux :

4° Que les mères ne sauraient compenser leur gain par un bien-être effectif en travaillant *hors de leur domicile*, qu'au contraire elles s'exposent de ce fait à perdre la santé et celle de leur enfant.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance de décembre 1894.

M. BRINDEAU présente deux pièces, deux diverticules de Meckel. Le premier fut découvert à l'autopsie d'un enfant né à huit mois et demi, qui a vécu dix jours. Chez cet enfant, le diverticule, qui siégeait à 25 cent. au-dessus du cœcum, était libre dans la cavité abdominale.

Le second enfant est plus intéressant. Il était de huit mois environ, pesait 1,000 grammes et n'a vécu que 5 jours. Chez lui le diverticule siégeait à 22 cent. au-dessus du cœcum. Les deux bouts de l'intestin accolés en canon de fusil formaient à la racine du cordon une sorte d'anus contre nature ; il présentait, de plus, cette particularité qu'une fistule ainsi créée livrait passage au méconium qui s'était répandu dans la cavité amniotique avant la naissance de l'enfant. Au-dessus du diverticule, l'intestin grêle était dilaté ; au-dessous, au contraire, il était très mince de calibre. Cette observation tendrait donc à confirmer la théorie qui admet que les fistules ombilicales reconnaissent pour cause le diverticule Meckel.

M. PERIT présente un fibrome enlevé par la voie abdominale, il était trop volumineux pour être opéré par la voie vaginale. M. Petit fit l'hystérectomie abdominale avec pédicule perdu, à la soie.

M. LUTAUD lit son rapport sur les candidatures de M. Dudley et Harrias au titre de membre correspondant étranger. Ces médecins présentent chacun, à l'appui de leur candidature, un

travail original: le premier sur une nouvelle opération pour prolapsus utérin, le second, sur un procédé particulier de dilatation rapide du col.

M. BAR présente une femme opérée d'urgence de symphyséotomie, il y a quarante-six jours. C'était une primipare mesurant 1 mètre 26 cent. de haut, avec un bassin de 8 cent., plus petit du côté gauche. Après la section des pubis, M. Bar laissa l'accouchement se faire spontanément et la parturiente expulsa un enfant de 3.200 grammes. Quarante-six jours après l'opération, cette femme ne présente pas de consolidation de la symphyse pubienne. Elle ne paraît pas souffrir. M. Bar connaît trois opérées de symphyséotomie qui de ce fait sont devenues pour ainsi dire impotentes.

M. GUÉNIOT rapporte qu'une de ses opérées fut symphyséotomisée une seconde fois par M. Potocki qui a rencontré des difficultés pour pénétrer dans l'interligne articulaire: en arrière de la symphyse se trouvait une épaisse plaque de tissu fibreux qu'il a fallu couper,

M. BUDIN. — M. Bonnaire aurait pu citer le cas d'une femme chez laquelle la symphyséotomie avait été faite une première fois par M. Budin. Cette femme, redevenue enceinte, se présentait au terme de sa grossesse. Il ne s'écoula pas une demi-cuillerée de sang. Quand on voulut écarter les branches pubiennes pour en obtenir l'écartement; on ne put arriver qu'à avoir un écartement de 3 à 4 centimètres. Cela tenait justement à ce que derrière les pubis il s'était formé une plaque épaisse de tissu fibreux extrêmement résistant qu'il aurait fallu sectionner.

M. VILLEMIN lit l'observation d'un enfant âgé de deux ans, né avant le sixième mois de la grossesse. La date exacte de la dernière époque menstruelle de la mère multipare, la date des premiers mouvements actifs, le poids de l'enfant (950 grammes), son aspect (on pouvait distinguer les anses intestinales à travers la paroi abdominale), etc..., tout concordait.

M. GUÉNIOT trouve le fait extraordinairement rare et demande que les détails soient consignés avec soin dans l'observation. Il lui avait paru démontré jusqu'ici, surtout par les recherches de M. Rémy, qu'un enfant de 5 mois et demi ne peut vivre; jusqu'à 6 mois, en effet, selon M. Rémy, les alvéoles pulmonaires sont incapables de remplir leurs fonctions.

M. MAYGRIER a dans son service un enfant né à six mois dont le poids est tombé actuellement à 770 gr. Il a aujourd'hui sept ou huit jours et vit.

M. BUDIN, qui a suivi au début l'enfant dont M. Villemin a lu l'observation, dit que les dates sont précises. Il ne pensait pas qu'il fût possible de l'élever. Etant interne à la Maternité, il a examiné des enfants de 6 à 7 mois ayant vécu et crié deux ou trois jours. Chez eux, les cellules épithéliales comblent les cavités alvéolaires et le poumon plongé dans l'eau tombe au fond du vase. Cette observation est intéressante encore au point de vue médico-légal : L'enfant n'ayant pas 6 mois, on pouvait, non d'après le règlement de police en vigueur à Paris, mais d'après la loi, ne pas le déclarer.

M. CHARPENTIER a eu dans sa clientèle un enfant né prématurément, pesant 1,040 gr. Il croyait si peu que le nouveau-né pût vivre, qu'il l'avait déposé dans une cuvette pendant qu'il donnait ses soins à la mère. Ces soins terminés, comme l'enfant vivait encore, il l'enveloppa d'ouate. Le lendemain, grand fut son étonnement de le retrouver vivant. Il le fit mettre alors dans une petite chambre bien chauffée. Cet enfant fut élevé d'abord à la cuiller avec du lait de femme. Le douzième jour, il put prendre le sein et il s'est très bien développé. Or, il n'avait certainement pas plus de six mois et demi.

M. PETIT lit une longue communication sur 183 cas de petite chirurgie gynécologique pour lésions de l'endométrium.

(*La Pratique médicale.*)

Séance du 10 janvier 1895.

M. TISSIER présente une malade. C'est une *multipare rachitique*, chez laquelle il a fait la *symphyséotomie*, il y a six semaines. Elle a déjà eu cinq accouchements difficiles. Le bassin mesure 8,2 centim. de diamètre minimum. Cette femme enceinte de huit mois avait un enfant qui paraissait très développé. MM. Bar et Tissier décidèrent de faire l'accouchement provoqué. Après une journée de travail, la dilatation était complète, mais la tête restait élevée ; de plus le cordon était procident. Les contractions étaient très énergiques. Trois applications de forceps furent tentées sans succès ; on ne pouvait songer à la version. Il fallut recourir à la sym-

physéotomie. Une hémorrhagie abondante survint après la section et l'écartement des pubis. A noter aussi un prolapsus assez notable des organes pelviens et même du cul-de-sac péritonéal. Extraction au forceps d'un enfant vivant, qui a malheureusement succombé en nourrice au bout d'un mois. Le troisième et le quatrième jour après l'opération on trouva le ventre développé. Il existait un météorisme considérable. Cependant l'état général de la malade était bon ; aussi ne s'en inquiéta-t-on pas outre mesure. Dix-sept jours après l'opération, l'appareil de contention fut retiré. On trouva alors un utérus prolabé ; mais, de plus la symphyse pubienne n'était pas consolidée ; le doigt en avant et en arrière sentait une gouttière. Au toucher, on sentait très nettement, derrière le pubis et sur les côtés du bassin, suivant l'insertion du releveur de l'an us, une tuméfaction dure, allongée, de consistance grumeleuse. On pensa que cette masse était un thrombus qui s'étendait jusqu'aux échancrures sciatiques. En effet, la tumeur aujourd'hui a disparu. M. Tissier explique la production de ce thrombus de la façon suivante. Après section et écartement du pubis, nous avons dit qu'il y avait eu une hémorrhagie abondante. Pour arrêter l'écoulement du sang, on avait fait un tamponnement : le sang arrêté de ce côté aurait fusé dans les tissus. L'auteur fait remarquer l'importance d'une antiseptie rigoureuse, car cet accident augmentait grandement les chances d'infection. M. Tissier va plus loin. Il se demande s'il n'y aurait pas une relation entre ce thrombus et la pneumatose intestinale qui s'est manifestée le troisième et le quatrième jour après l'opération ? On sait en effet que certains cas de déchirures s'accompagnent de météorisme, et la théorie qui rapporte ce phénomène à la compression du rectum par l'utérus prolabé est inexacte, dans ce cas en particulier. Enfin, cette femme opérée depuis six semaines éprouve des douleurs de reins ; elle ne peut marcher longtemps ni se livrer à des travaux fatigants.

M. FOURNEL repousse, comme M. Tissier, la théorie de la compression du rectum par l'utérus, dans la production du météorisme. Avec lui, il croit que c'est le résultat d'une paralysie intestinale passagère.

M. CARPENTIER. — Présentation d'un *môle hydatiforme*.

M. LOVIOT présente une pièce. C'est un *arrière-faix bien constitué, auquel est attaché un œuf dégénéré*. Cet œuf aplati se trouve

logé dans l'épaisseur des membranes. On reconnaît très bien le fœtus. La mère de cette femme a eu des grossesses doubles. M. Loviot fera exécuter des coupes pour que l'on puisse avoir exactement le siège de cet œuf dégénéré.

M. PETIT continue et termine la lecture de son mémoire sur la *thérapeutique intra-utérine*. Il sera discuté dans la prochaine séance.

M. TOUVENAIN, à propos du traitement de l'*asphyxie des nouveau-nés par les tractions rythmées de la langue*, rapporte deux observations montrant les difficultés que l'on peut rencontrer dans certains cas à user de ce procédé, et enfin son inefficacité. Dans ces deux faits, M. Touvenain n'a obtenu aucun résultat du procédé de Laborde et n'a pu sauver les enfants que grâce à l'insufflation bouche à bouche. Il conclut que l'insufflation et la respiration artificielle sont des moyens excellents et qu'il faut conserver.

M. BUDIN fait une communication sur les résultats qu'il a obtenus depuis trois ans dans son service de la Charité, par l'emploi du *nitrate d'argent en solution à 1/150* comme traitement préventif de l'ophtalmie des nouveau-nés. Sur un total de 2.004 enfants, M. Budin n'a eu que deux ophtalmies et sept conjonctivites secondaires, c'est-à-dire survenues après le sixième jour.

M. OLLIVIER demande à M. Budin s'il fait un badigeonnage des paupières ou s'il injecte simplement une goutte de collyre.

M. DOLÉRIS arrête l'attention sur les conjonctivites secondaires. Pour lui, il y aurait nécessité de continuer le traitement prophylactique tant que l'enfant reste exposé à une contamination secondaire. A une certaine époque il a exigé que, en même temps que l'on faisait la toilette de l'enfant, on lui fit aussi le traitement préventif des yeux. Il est décidé à reprendre ce système, car, au moins dans les premières semaines, l'enfant à l'hôpital reste exposé à une contamination secondaire.

M. MAYGRIER. — M. Budin lave-t-il les yeux avant d'y instiller le collyre ?

M. BUDIN procède de la façon suivante à l'hôpital : dès que l'enfant est né, alors qu'il est encore entre les jambes de la mère, on ouvre les paupières du nouveau-né et on laisse tomber deux ou trois gouttes de la solution dans l'œil de l'enfant ; puis on essuie extérieurement les yeux avec de l'ouate. Le manuel opératoire est donc extrêmement simple.

M. DOLÉRIS. — Observations d'une femme anémique, névropathe, à son troisième avortement, en train de mourir d'hémorragie par décollement prématuré du placenta situé très haut. Cette femme avait eu une syncope ; pas de commencement de travail. M. Doléris fit l'accouchement forcé : Incision du col. Eviscération du fœtus et extraction. Traitement de la mère par l'oxygène, le sérum, etc.

L. MERLE.

(*Progrès médical.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 janvier 1895.

TROIS CAS DE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE.

M. POTHERAT donne sur ce sujet lecture de trois observations intéressantes surtout au point de vue des accidents auxquels elles ont donné lieu. La première malade est âgée de 33 ans, opérée en octobre 1894 par M. Pothérat dans le service de M. Segond ; la guérison était complète un mois après l'opération. Cette femme, qui avait eu, il y a seize ans, une grossesse normale constatée, dans les premiers mois de 1894, les symptômes d'une grossesse. Au mois de mai survient une métrorrhagie abondante et un médecin consulté porta le diagnostic d'une fausse couche qui n'eut pas lieu. Au mois d'août suivant, on constate l'existence d'une tumeur pelvienne supposée être un fibrome volumineux. Cette tumeur médiane, un peu latéralisée vers la droite, est arrondie, lisse, rétinente et mobilisable ; le col est entrouvert et l'utérus se confond avec cette tumeur qui dépasse, en haut, le pubis. On prescrit le repos au lit. Enfin, en octobre, l'état général est mauvais, les métrorrhagies continues ont amené de l'affaiblissement et l'on peut constater, sous le chloroforme, que la tumeur est para-utérine. Après avoir fait le cathétérisme de l'utérus qui donne une longueur de 14 centimètres, on pratique une hystérectomie vaginale dont les suites opératoires sont normales : la guérison survient au bout de 28 jours.

L'examen des pièces a démontré ce qui suit : l'utérus est sain, la cavité vide. A gauche, existe une salpingite interstitielle. A droite, l'orifice tubo-utérin est large. On trouve une poche com-

prenant l'origine de la trompe et la corne utérine droite. La tumeur est molle, fluctuante ; la paroi est mince en haut, épaisse en bas ; dans la poche, on trouve un placenta de 3 mois environ, décollé en partie ; il n'y a pas trace de cordon.

Il s'agit donc d'une grossesse tubo-interstitielle ; le fœtus ayant été expulsé et le placenta retenu, l'écoulement du sang provenait de cette poche fœtale.

La deuxième malade a encore été opérée à Dubois. Il s'agit d'une femme de 34 ans, à santé générale satisfaisante. La malade a accouché normalement il y a 12 ans. Il y a 2 ans, elle a eu une métrite qu'on a guérie. En octobre 1894 surviennent tout à coup une douleur abdominale syncopale, du ballonnement du ventre et des vomissements. On calme cette crise par de la morphine. Le lendemain, nouvelle crise de vomissements ; puis nouvelle accalmie, enfin troisième crise, calmée encore par des injections de morphine et de la glace intus et extra. Le 20 octobre, nouvelle crise de douleurs abdominales très vives, au bout de cinq jours, on l'apporte à Dubois.

A ce moment, on constate une tuméfaction abdominale remontant à 5 travers de doigts au-dessus du pubis ; elle est molle présentant des parties dures par places. Elle est mate. Au toucher le col est long ; l'utérus peu volumineux est refoulé vers le pubis. Dans le cul-de-sac postérieur on trouve une masse volumineuse, rénitente et molle, se continuant avec la masse abdominale. La température oscille entre 38 et 39 degrés. L'état général s'aggravant, on se décide à intervenir le 2 novembre, après avoir fait le diagnostic d'hématocèle due à la rupture d'une grossesse tubaire.

On incise le cul-de-sac postérieur. Il s'écoule une grande quantité de caillots. Par l'exploration, on trouve les annexes à gauche ; à droite elles sont perdues dans les caillots. L'hystéromètre introduit dans l'utérus entre très profondément. On se décide alors à faire l'hystérectomie vaginale. Il sort de la poche rétro-utérine un fœtus de 8 centimètres avec un cordon et son placenta. Cette poche est formée par la trompe dilatée. On enlève les annexes. On nettoie la cavité ; on met une mèche de gaze.

La guérison a été obtenue au bout de 5 semaines. On a donc eu affaire, dans ce cas, à une grossesse tubaire avec rupture de la poche fœtale. De plus, on a trouvé à l'union du corps et de

l'isthme de l'utérus une perforation ancienne dont l'origine n'a pu être déterminée.

La troisième observation est encore plus intéressante.

Il s'agit d'une femme de 30 ans. Réglée tardivement, elle a eu un accouchement à 28 ans. En janvier 1894, les règles ont apparu comme d'ordinaire. Elles n'ont pas apparu en février et n'ont pas reparu depuis. Elle a eu de plus d'autres signes de grossesse. En mars 1894 surviennent des vomissements bilieux et des coliques, et pendant 5 semaines les phénomènes péritonéaux persistent. Puis la malade s'amaigrit.

Le 4 juin elle entre à Cochin où l'on fait le diagnostic de grossesse. Elle ressort au bout de 1 mois ; alors, la santé continuant de s'altérer, elle rentre à Cochin chez M. Bouilly. Le ventre est ballonné, la malade très émaciée ressemble à une phtisique. Il existe une tumeur abdominale arrondie, remontant à l'ombilic, inclinée un peu à droite. La tumeur est formée de deux parties, de deux tumeurs séparées par un cordon vertical. La tumeur gauche est molle, fluctuante, lisse, on y constate la présence d'un fœtus ayant des mouvements actifs. A la partie inférieure de cette tumeur, on constate un souffle placentaire. La tumeur droite a une consistance dure, ligneuse donnant la sensation de l'utérus se contractant. Le toucher vaginal est douloureux ; le col est dur, ouvert et se continue avec la tumeur droite. Dans le cul-de-sac postérieur on sent la tête fœtale.

On fait le diagnostic suivant : à droite, utérus vide ; à gauche poche extra-utérine, la tête fœtale étant en bas dans le cul-de-sac de Douglas. Le fœtus est vivant.

On intervient 15 jours après l'entrée de la malade à l'hôpital. On fait une laparotomie médiane. On tombe sur le kyste fœtal ; la poche est mince. On incise le sac, en bas. Il s'écoule du liquide amniotique. Le fœtus est aussitôt saisi et enlevé rapidement après ligature et section du cordon. On essaye de décoller le sac ; mais cette opération donnant une forte hémorrhagie, on tamponne la poche.

Ensuite on ferme l'incision abdominale en haut, on suture le sac en bourse et on le fixe à la paroi ; on bourre la poche avec la gaze, et on applique un pansement.

Le jour de l'opération, la malade est très faible ; mais la réaction se fait le lendemain. Il se fait un peu de suintement séro-

hémorrhagique par la plaie. L'enfant a vécu pendant 4 mois dans une couveuse. On a refait, le cinquième jour, le pansement de la mère et lavé la poche. Le placenta se ratatine. Pendant 2 ou 3 jours, se montrent des signes de septicémie ; mais le dix-huitième jour le placenta est sorti complètement et l'état général devient parfait. La malade sort de l'hôpital le 2 décembre.

En résumé, dans les cas de grossesse extra-utérine avec enfant viable, il faut intervenir avant le terme de la grossesse. L'opération de choix est la laparotomie médiane, cette voie étant la plus large. Il ne faut pas chercher à enlever le placenta à cause de l'hémorrhagie. Il faut fixer le sac à la paroi et laver abondamment la poche. Le placenta sortira morceau par morceau.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX.

Séance du 11 juin 1894.

DEUX OVARITES SUPPURÉES ; OVARIECTOMIE VAGINALE DANS LES DEUX CAS ; GUÉRISON.

M. Brindel présente deux ovaires avec deux extrémités de trompe adhérentes enlevées dans des circonstances identiques et de la même façon, à deux femmes, dont l'une est sur le point de quitter le service de M. Dubourg, où elle est en traitement depuis un mois et demi et dont l'autre, complètement guérie, a quitté l'hôpital depuis le 28 juin dernier.

L'ovariectomie a été pratiquée dans les deux cas par la voie vaginale.

Voici l'histoire de la première femme : bien réglée habituellement, trois enfants, deux faux fausses couches, une métrite consécutive et un curettage il y a un an, une poussée de pelvipéritonite du 8 au 20 juin 1894, tels sont les antécédents de Mme R..., qui a vingt-huit ans.

L'histoire de la seconde, âgée de vingt-deux ans, est à peu près la même : bien réglée habituellement, un enfant à terme il y a seize mois, une métrite consécutive à l'accouchement, une première poussée de pelvi-péritonite il y a onze mois, une deuxième poussée à son entrée à l'hôpital le 21 avril 1894.

Un examen minutieux, fait après la cessation des phénomènes

douloureux de la pelvi-péritonite, amène, chez l'une comme chez l'autre, la découverte d'une tumeur ovarienne droite dont la nature suppurée ne fait aucun doute.

La tumeur paraissant très accessible par la voie vaginale, M. Dubourg porte son bistouri de ce côté. Après avoir fait une incision empiétant à la fois sur le cul-de-sac latéral droit et le cul-de-sac postérieur, le doigt est introduit dans la plaie et arrive, avec un peu de patience, sur la tumeur elle-même qui n'est pas en réalité aussi accessible qu'elle le paraissait. Néanmoins, cette tumeur est saisie à l'aide d'une pince érigne ; on cherche à l'énuccléer : elle se déchire et il s'en écoule, dans le premier cas, du pus en assez grande quantité et, dans le second, un peu de pus, mais beaucoup de mucus gluant.

Dans les deux cas, la décortication est continuée ; il ne reste plus qu'un pédicule ; on le lie, on le sectionne et on obtient les deux fragments de tumeur que je vous présente. Des mèches de gaze iodoformée, introduites après lavage, forment drainage et ne sont changées que le sixième ou le septième jour. Il n'y a pas eu le moindre accident post-opératoire. Quinze jours après, les malades sont sur pied et la cicatrisation de la plaie vaginale est à peu près parfaite. Il est permis de se demander si une laparotomie eût donné les mêmes résultats et si, dans un plus grand nombre de cas, la voie vaginale ne pourrait pas être mise à profit.

Séance du 30 juillet 1894.

ÉPITHÉLIOMA DENDRITIQUE DU SEIN GAUCHE ; ENVAHISSEMENT DES GANGLIONS AXILLAIRES ; AMPUTATION DU SEIN ; CURAGE DE L'AISSELLE ; GUÉRISON.

M. Ch. FAGUET. Le 4 octobre 1893, j'assistai mon maître, M. le professeur Lannelongue, pour une amputation du sein nécessitée par un néoplasme cliniquement de nature maligne. L'étude macroscopique de la tumeur aussitôt après son ablation et l'examen histologique, fait quelques jours plus tard, me montrèrent qu'il s'agissait d'une variété d'épithélioma décrit par M. le professeur Cornil sous le nom d'épithélioma dendritique.

Voici l'observation de cette malade :

Mme P... (C.), âgée de soixante-huit ans, sans profession.

Antécédents héréditaires. Père et mère décédés; le premier à cinquante-cinq ans, des suites d'une congestion cérébrale; sa sœur et ses trois autres frères, respectivement âgés de soixante-seize, soixante-douze, soixante-cinq et soixante-un ans, sont en bonne santé. Jamais, à sa connaissance, aucun des membres de sa famille n'a eu de tumeurs malignes ou bénignes.

Antécédents personnels. Mme P... (C.) n'a eu dans son enfance ou son adolescence aucune affection grave; à signaler seulement une laryngite qui, après avoir duré un certain temps, s'est terminée par une guérison définitive.

Deux grossesses normales; accouchements et suites de couches physiologiques; la première à quarante-cinq ans, la seconde quelques années plus tard. Mme P... (C.) voulut nourrir son premier enfant, mais dut, vers le septième mois, suspendre l'allaitement à cause d'abcès multiples du sein gauche. La suppuration produite par ses abcès dura environ deux mois.

Le second enfant ne fut pas allaité par sa mère. En février 1892, la malade éprouva des douleurs dans le sein gauche, et bientôt après s'aperçut de l'existence dans cet organe d'une petite tumeur, du volume d'un gros pois, située sous l'aréole; la peau avait conservé son aspect normal et paraissait indépendante de la tumeur sous-jacente. Six mois après, le néoplasme avait acquis le volume d'une noisette. En janvier 1893, Mme P... (C.) consulta un médecin, qui constata que la tumeur observée par sa cliente avait à peu près conservé les caractères indiqués ci-dessus, et s'aperçut qu'il existait une autre petite tumeur ayant les mêmes caractères que la première et située également sous l'aréole, près du mamelon; en juin 1893 apparut une troisième tumeur analogue aux deux premières.

Le 23 septembre 1893, il s'est produit pour la première fois une hémorrhagie assez abondante par le mamelon et on a noté, à ce moment, une diminution assez sensible de l'une des trois tumeurs. Indépendamment de cette hémorrhagie constituée par du sang à peu près pur et qui s'est reproduite plusieurs fois, on a remarqué qu'il se faisait très souvent un écoulement roussâtre par le mamelon.

C'est ce symptôme et l'augmentation de volume des trois noyaux néoplasiques qui ont décidé Mme P... (C.) à accepter une inter-

vention chirurgicale, qui lui avait déjà été proposée depuis le mois de janvier 1893.

Etat actuel (4 octobre 1893). A l'inspection, le sein gauche est augmenté de volume et on voit assez nettement deux saillies anormales dans la zone mamelonnaire; la peau a conservé ses caractères normaux, sauf en un point où elle présente une teinte légèrement brunâtre; pas de développement exagéré du système veineux; le mamelon n'est pas rétracté.

La palpation montre qu'aux bosselures qui déforment la configuration normale du sein, correspondent trois tumeurs accolées les unes aux autres, siégeant sous le mamelon et l'aréole d'un volume variant d'une petite noisette à celui d'une grosse noix, de forme régulièrement arrondie, de consistance élastique pour les deux plus petites et nettement fluctuante pour la plus grande. Les tumeurs sont indépendantes de la peau, mais semblent avoir des connexions intimes avec la glande mammaire au centre de laquelle elles se perdent et plus particulièrement avec les conduits galactophores. Pas d'adhérences avec le grand pectoral ou son aponévrose. A la limite assez nettement appréciable de ces trois tumeurs, on trouve les saillies normales des lobules de la glande mammaire.

La pression sur ces diverses tumeurs produit un écoulement de sérosité roussâtre par le mamelon.

Les ganglions axillaires sont augmentés de volume, durs et mobiles.

L'examen du sein droit et des autres organes est négatif. L'état général est excellent.

Le 4 octobre 1893, M. le professeur Lanelongue procède à l'amputation totale du sein suivie immédiatement du curage de l'aisselle et de l'ablation des vaisseaux lymphatiques qui vont de la glande mammaire aux ganglions de l'aisselle.

Suites opératoires excellentes.

Examen de la tumeur à l'état frais: Sur une coupe antéro-postérieure passant par le mamelon, on constate macroscopiquement que la tumeur est constituée par des parties solides et des parties liquides. Cette section rencontre trois cavités kystiques situées au centre de la glande, sous le mamelon, d'inégal volume; l'une est de la grosseur d'un œuf de poule; les deux autres varient entre le volume d'une noisette et celui d'une petite noix. Ces kys-

tes sont remplis d'un liquide sanguinolent, rappelant par ses caractères physiques celui qui s'écoule par le mamelon.

Ces cavités kystiques sont situées sur le trajet des conduits galactophores et on peut affirmer, au moins pour l'une d'elles (la plus volumineuse), qu'elle se vide à l'extérieur par l'un de ces conduits.

Dans leur intérieur, ces kystes renferment des végétations de volume variable, à surface très irrégulière, et constituées par une série de végétations secondaires très fines. Pour bien voir ces dernières, il est nécessaire de mettre la pièce dans l'eau et de l'examiner à la loupe. Les végétations s'insèrent sur la paroi kystique par un pédicule presque toujours appréciable, mais plus ou moins volumineux ; quelques-unes sont sessiles.

La paroi kystique, dans les points où n'existent pas ces végétations, est blanc rosé, à l'aspect fibreux et mesure environ de deux à trois millimètres d'épaisseur.

Examen microscopique. Des fragments de végétations avec leur insertion sont fixés par l'alcool, colorés en masse dans le picrocarmin de Ranvier, passés par le chloroforme et inclus dans la paraffine à 55°. Les coupes sont faites au microtome de Viallanes (d'Arcachon).

L'examen histologique des coupes permet de voir que ces végétations présentent l'aspect de véritables arborisations très fines et sont constituées par du tissu conjonctif lâche, revêtu d'un épithélium à cellules cylindriques ; de loin en loin, quelques cellules épithéliales sont en dégénérescence muqueuse. Vaisseaux nombreux et remplis de globules rouges.

Les parois sont formées de tissu conjonctif lamelleux, revêtues sur leur face interne d'un épithélium cylindrique.

Dans les ganglions axillaires, examinés d'après les mêmes procédés, il a été possible de constater une infiltration néoplasique de même nature.

En résumé, il s'agit dans ce cas d'une variété de tumeur du sein, décrite sous le nom d'épithélioma endo-canaliculaire papillaire ou épithélioma dendritique, ainsi que l'appelle M. Cornil. C'est encore cette même forme qui a été étudiée sous le nom de kyste par rétention dû à une végétation papillaire endo-canaliculaire par MM. Labbé et Coyne, ou de cancer villeux des conduits galactophores par les auteurs anglais Battle, Ant. Bowloy, Nunn,

B. Pitts, Robinson, Williams, etc. Ajoutons enfin que, tout récemment, MM. Monod et Jayle ont consacré à cette lésion un chapitre dans leur ouvrage sur le cancer du sein, et que notre excellent camarade et ami Labrudie a fait, dans sa thèse de doctorat, une bonne revue générale sur ce sujet,

(Journal de méd. de Bordeaux.)

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON.

Séance du 17 Octobre 1894.

TRAITEMENT PAR LA VOIE VAGINALE DES HÉMATOCÈLES ET DES GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES AVEC RUPTURE DU KYSTE TUBAIRE.

M. Condamin lit sur ce sujet un travail dont voici les conclusions :

1° La grossesse extra-utérine est la cause de presque toutes les hématoécèles.

2° La rupture d'un kyste fœtal tubaire est loin de s'accompagner de phénomènes cataclysmiques et d'hémorrhagies foudroyantes, comme le veulent les classiques ; nombre d'entre elles passent inaperçues, d'autres donnent lieu à des hématoécèles de petits volumes, quelques-unes donnent naissance à des épanchements plus considérables.

3° Les hémorrhagies consécutives à des ruptures tubaires survenues dans les premiers mois s'arrêtent spontanément.

4° L'intervention opératoire est contre-indiquée pendant la période cataclysmique, à moins qu'il ne s'agisse de rupture après grossesse extra-utérine datant de plus de 4 mois, ce qui est exceptionnel.

5° Il faut attendre que le foyer sanguin se soit bien enkysté et que l'état général de la malade forcément très anémiée se soit remonté.

6° L'intervention de choix est la ponction et le débridement vaginal avec ou sans ablation des annexes malades.

7° La voie abdominale doit être rejetée dans la généralité des cas, comme plus grave, moins efficace, entraînant un traitement prolongé avec menaces multiples pour le présent et l'avenir.

(Gaz. des hôp. de Toulouse.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE ROUEN.

Séance du 8 octobre 1894.

HÉMATOCÈLE RÉTRO-UTÉRINE ; INCISION LARGE DU CUL-DE-SAC POSTÉRIEUR.

M. VALENTIN. L'observation que j'ai l'honneur de communiquer à la Société a trait à une hématocele rétro-utérine que j'ai traitée et guérie par l'incision large du cul-de-sac postérieur. C'est un succès de plus à enregistrer à l'actif de l'opération dite de Laroyenne. Cette observation concerne une dame L. . . . , âgée de 35 ans, dont voici l'histoire résumée. Réglée à 14 ans. Assez bien réglée, durant deux à trois jours seulement. Mariée à 21 ans. Pas de fausses couches. Un seul accouchement — qui fut normal — il y a 13 ans. Elle ne se rappelle pas au juste à quelle époque elle a commencé à souffrir dans le ventre. Elle avait toujours eu le ventre douloureux, au moment des époques surtout.

Le mois de février de cette année, elle subit un retard de 15 jours ; un moment elle se crut enceinte. Mais cette illusion fut vite dissipée, car le quinzième jour les règles survinrent, très abondantes cette fois, durant 7 à 8 jours, et furent très douloureuses. Cinq jours après la cessation des règles, Mme L... se trouva « mal » à l'atelier où elle travaille.

Elle éprouva subitement dans le ventre une douleur très aiguë, accompagnée de vertiges, d'étourdissements et de sueurs froides. Cet état se prolongea une heure. On dut la ramener chez elle. A partir de ce moment, elle s'alita.

Deux jours avant cet accident, la malade était allée à Elbeuf et s'était beaucoup fatiguée. Elle eut ce jour-là et le lendemain des douleurs expulsives, des douleurs « comme pour accoucher », dit-elle. Elle ne voulut pas se reposer, malgré l'insistance de son entourage et retourna à l'atelier, comme d'habitude, le jour où l'accident lui est arrivé.

A l'examen, je constate l'existence d'une métrite catarrhale chronique et la présence dans le Douglas d'une masse globuleuse remontant assez haut dans le petit bassin. L'utérus était antéversé et un peu incliné sur le côté droit. Ce côté surtout était très douloureux. Les culs-de-sac latéraux étaient libres. La malade accusait une sensation de pesanteur pénible dans le rectum et ne pouvait aller à la garde-robe. Elle se plaignait de vives douleurs dans le ventre, douleurs survenant parfois par crises très aiguës, au point que je

dus plus d'une fois recourir à des injections de morphine. La face était grippée et il y avait des vomissements alimentaires.

J'instituai, mais sans succès, un traitement purement médical, dans lequel les opiacés entrèrent pour une large part. Au bout d'un mois, la malade continuait de souffrir de plus belle. Je lui proposai alors une intervention qui fut acceptée. J'eus recours, en la circonstance, au débridement du cul-de-sac postérieur. Cette opération fut faite le 9 avril dernier, sous le chloroforme. Je n'employai pas l'instrumentation de Laroyenne, qui est considérée comme aveugle. Je préférai inciser au bistouri, couche par couche, faisant l'hémostase au fur et à mesure. L'hémorrhagie fut, du reste, insignifiante. Je pratiquai donc une large boutonnière dans le cul-de-sac postérieur et arrivai sur une poche du volume d'une grosse mandarine et de consistance pâteuse. La tumeur incisée, il s'écoula un sang noir et visqueux. Je reconnus que j'avais affaire à une hématocele que j'avais seulement soupçonnée. La poche fut vidée des caillots qu'elle contenait, soigneusement lavée et aseptisée. J'y introduisis quelques mèches de gaze iodoformée et plaçai un gros drain en croix dans la boutonnière vaginale. La vagin fut bourré de gaze iodoformée.

Les suites de l'opération furent très simples. A aucun moment, il n'y eut de la fièvre. Le 12^e jour j'enlevai le drain et, le 16^e jour après l'opération, la malade commençait à se lever. Quelques jours après (2 mai), la plaie vaginale se fermait complètement. Depuis, Mme L... a repris ses occupations. Les douleurs ont complètement disparu. La malade, que j'ai revue dernièrement, se porte très bien et prend de l'embonpoint.

Je dirai, pour conclure, que l'opération de Laroyenne me paraît être le traitement de choix des collections péri-utérines, d'origine inflammatoire ou hématique, quand ces collections font une saillie franche dans le cul-de-sac de Douglas.

Cette opération, outre sa simplicité, présente l'inappréciable avantage de respecter l'intégrité des organes de la génération. En cas d'échec ou de récurrence, on aura toujours la ressource de la laparotomie, ou même de l'hystérectomie vaginale.

(D'après la *Normandie Médicale*.)

REVUE DE LA PRESSE

ACCIDENTS GRAVIDO-CARDIAQUES CHEZ UNE FEMME ENCEINTE DE HUIT MOIS. — PROVOCATION DE L'ACCOUCHEMENT. — GUÉRISON.

MM. CHAMBRELENT et OUI. Le 1^{er} août 1894, on amenait à la Clinique obstétricale une jeune primipare enceinte de huit mois, dans un état dyspnéique des plus intenses. Pas de début de travail, toutefois, M. OUI jugea opportun de hâter l'accouchement. Le col utérin admettait deux doigts. Il plaça un petit ballon de Champetier-de-Ribes qui dilata le col et permit l'introduction d'un ballon plus volumineux.

Comme le raconte cette femme, sa grossesse, qui avait débuté en décembre, fut normale jusqu'en avril, époque à laquelle elle ressentit pour la première fois de l'essoufflement et des palpitations de cœur. Elle s'aperçut en même temps d'un léger œdème palpébral. Le 31 juillet, elle fut subitement réveillée pendant la nuit par une crise de dyspnée des plus intenses, elle se leva en proie à la suffocation et, dans une série d'accès de toux, elle expectora une assez grande quantité de sang vermeil. Cette crise se renouvela peu d'instant après, plus terrible encore et détermina son transfert à l'hôpital.

A notre arrivée à la Clinique, le 1^{er} août, à neuf heures du matin, nous trouvons la malade dans l'état suivant : La face est pâle, les lèvres légèrement violacées. Elle est en proie à une dyspnée intense et répond aux questions qu'on lui pose avec une certaine difficulté. L'utérus remonte à environ cinq travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Il existe un œdème sus-pubien intense, ainsi que de l'œdème des grandes lèvres et des membres inférieurs. Les paupières sont légèrement bouffies. Les parois thoraciques sont violemment soulevées par les battements du cœur ; la palpation permet de constater un frémissement très net en ce point. A l'auscultation, les bruits du cœur sont sourds, irréguliers, rapides, mais on ne peut percevoir de bruits de souffle. Du côté des poumons, on entend des râles sous-crépitaux dans toute l'étendue de la poitrine. Ces râles rendent très difficile l'examen du cœur. Peu d'urine dans la vessie ; 3 gr. 50 d'albumine par litre.

Ces symptômes attirent surtout notre attention et nous pensons avoir affaire à un cas d'urémie de forme dyspnéique. La dyspnée rend impossible la recherche des bruits du cœur du fœtus.

Par le toucher vaginal, nous constatons que le ballon Champetier-de-Ribes, introduit dans la matinée, est encore contenu dans l'utérus ; il a amené une dilatation égale à l'étendue d'une pièce de cinq francs.

La poche des eaux est intacte. Les contractions utérines sont peu énergiques. La malade est mise au régime lacté. On ordonne de plus une potion à l'acétate d'ammoniaque et des inhalations d'oxygène.

Je la revois à quatre heures du soir. La dyspnée est toujours très intense. Les lèvres sont violacées. Les contractions utérines paraissent plus énergiques et plus fréquentes que dans la matinée. En pratiquant le toucher vaginal, on constate que le ballon Champetier-de-Ribes est enfoncé dans le vagin. La dilatation du col est palmaire, la poche des eaux encore intacte.

L'auscultation, très gênée par l'état dyspnéique de la malade, ne permet pas d'entendre les battements du cœur fœtal.

La poche des eaux est artificiellement rompue, il s'écoule une certaine quantité de liquide rougeâtre, qui nous fait penser à une macération du fœtus. Les douleurs se réveillent bientôt et en quelques minutes la dilatation se complète. Nous nous mettons en devoir de faire une application de forceps, mais tandis que nous préparons l'instrument la malade accouche spontanément.

A notre grand étonnement, l'enfant est vivant ; mais il est violacé, le cordon est très œdématié et présente une coloration rosée, analogue à celle du liquide amniotique qui s'est écoulé lors de la rupture de la poche des eaux. L'enfant n'a, d'ailleurs, vécu que quelques heures.

La délivrance se fait régulièrement. Le placenta présente quelques noyaux hémorrhagiques récents et un noyau hémorrhagique ancien. Hémorrhagie de sang consécutive assez abondante. Le sang est d'une couleur très foncée.

L'accouchement est immédiatement suivi d'une légère amélioration dans l'état dyspnéique de la malade qui se plaint toujours d'une douleur angoissante au niveau du creux épigastrique.

Dans la nuit, nouvelle crise de dyspnée très intense. Urination peu abondante.

Régime lacté, 100 grammes de lactose par jour. Amélioration. Dyspnée moins intense, râles moins abondants. L'urination a augmenté ; mais, le 5 août, la dyspnée reprend, la température est à 38°. L'état paraît plus grave. Saignée de 150 grammes. Aussitôt après, amélioration très sensible. L'oppression diminue, le pouls se relève.

Il est injecté à une série de lapins du sérum sanguin provenant de

la saignée, et ces expériences montrent que la toxicité du sang est peu considérable, puisque ces lapins ont pu résister à l'injection de six et neuf centimètres cubes de sérum.

Le lendemain, à l'auscultation du cœur, on trouve nettement les signes d'un rétrécissement mitral. Cette lésion persistait encore quand la malade, tout à fait rétablie, quitta la Clinique et c'est elle qui nous semble être la cause des accidents gravo-cardiaques si graves qu'elle a présentés.

Cette observation nous a paru intéressante au point de vue de la difficulté que présente souvent le diagnostic des lésions cardiaques chez les femmes enceintes en proie à un accès d'asystolie. On peut se croire en présence de troubles dyspnéiques d'origine urémique. Nous pensons que l'étude de la toxicité du sang peut être fort utile dans des cas semblables ; en effet, cette toxicité ne dépasse guère la normale dans les cas d'accidents gravo-cardiaques, tandis qu'elle est très augmentée dans les cas de dyspnée par auto-intoxication gravidique.

M. A. Moussous. Cette communication est très intéressante au point de vue de l'étude des accidents gravo-cardiaques. Cette malade n'avait, nous dit M. Chambrelent, éprouvé aucun trouble avant sa grossesse. Le rétrécissement mitral, en effet, peut rester longtemps inoffensif et inaperçu ; mais la grossesse et l'accouchement peuvent l'aggraver au plus haut point. C'est lui qu'il faut toujours rechercher dans les cas d'accidents gravo-cardiaques.

RECHERCHES SUR LE PUS DES SALPINGITES,

Par le Docteur BOINER, agrégé, Médecin des Hôpitaux, Professeur à l'Ecole de Médecine de Marseille.

Dans une série de recherches bactériologiques et expérimentales que nous avons faites sur le pus des salpingites, nous avons observé quelques particularités, qui offrent un certain intérêt pratique.

Ainsi, le pus d'une salpingite, recueilli sur lamelles avec toutes les précautions voulues, présentait à l'examen direct des streptocoques ; son injection, à la dose de quelques centimètres cubes, dans la cavité péritonéale de cobayes, lapins et rats, n'entraîne aucun accident. Les cultures caractéristiques du streptocoque se développaient, dès le second jour de l'ensemencement, dans des tubes d'agar, de gélatine et de bouillon, et elles acquéraient, à ce moment, une telle virulence

que leur inoculation dans le péritoine des animaux déterminait une péritonite suraiguë, très rapidement mortelle. A l'autopsie des animaux, un liquide séreux, jaunâtre, louche, s'écoulait, en assez grande quantité, de la cavité péritonéale ; il contenait des quantités de streptocoques. Le péritoine rouge, vascularisé, était recouvert, par places, de fausses membranes purulentes. Cette augmentation si rapide de la virulence de ces streptocoques est bien établie par le fait suivant : un des cobayes, qui avait si rapidement succombé à l'injection de ces cultures, avait reçu quinze jours avant, dans sa cavité péritonéale, deux centimètres cubes de pus provenant d'une autre salpingite suppurée. Cette première inoculation était restée sans effet. On peut donc conclure que si du pus de salpingite, contenant des streptocoques, peut être inoculé directement et sans accident dans le péritoine des animaux, les mêmes microbes peuvent acquérir, en quelques heures, une grande virulence, lorsqu'ils rencontrent des conditions favorables de développement. A ce point de vue, les épanchements séro-sanguinolents opératoires peuvent être comparés et assimilés parfois à de véritables bouillons de culture. En pareil cas, il est prudent de pratiquer le drainage, qui diminue ou fait disparaître cet épanchement séro-sanguin, susceptible de favoriser la pullulation et l'augmentation de virulence de certains microbes pathogènes.

On constate, au contraire, dans certaines vieilles salpingites, une diminution de la virulence de leur contenu ; et du pus morphologiquement chargé de microbes infectieux s'est montré pratiquement stérile. Nous citerons comme exemple le pus d'une salpingite ancienne qui, examiné directement sur lamelles, contenait des cocci en chaînes. Lesensemencements sur agar, bouillon, gélatine sont restés stériles, et les inoculations de ce pus dans le péritoine des animaux n'ont produit aucun accident.

Nous ferons remarquer que ces dernières données sont applicables à *certaines* abcès du foie dont le pus,ensemencé dans divers milieux de culture, reste constamment stérile.

(Gaz. de Gyn.)

FISTULE VÉSICO-VAGINALE ET UTÉRO-RECTALE ; HÉMATOMÉTRIE.

M. Rimsch présente à la Société de gynécologie et d'obstétrique de Saint-Petersbourg une malade âgée de vingt-six ans, particulièrement intéressante à plusieurs points de vue ;

Cette femme a accouché (pour la première fois) il y a cinq ans ; le travail était très laborieux et a duré cinq jours ; la malade a accouché enfin d'un fœtus mort. Il n'y avait pas de lochies. Depuis cet accouchement, la malade fut obligée de garder le lit pendant deux ans, à cause de la fièvre, de l'état général très mauvais, amaigrissement considérable et impossibilité de se tenir debout ni assise ; les règles ne sont pas revenues. A l'hypogastre existait une tumeur qui augmentait de volume de plus en plus, occasionnait des douleurs lombaires et abdominales.

A la suite d'une douleur vive, ressentie brusquement un jour au niveau de la tumeur, la malade a perdu par le rectum une grande quantité de sang. La tumeur disparut et la femme entra en convalescence. Depuis cette époque les règles sont revenues, mais irrégulières et douloureuses ; la tumeur abdominale réapparaissait souvent et disparaissait après évacuation de sang par le rectum. Depuis deux mois et demi, la malade n'a pas été réglée.

A l'examen, on trouve que le périnée est intact, mais que tout l'urètre, sauf une petite portion de 1 centimètre environ, et le col de la vessie sont complètement détruits. La vessie est inversée et proémine par sa muqueuse dans le vagin, à la paroi postérieure duquel elle est adhérente ; le vagin se trouve ainsi transformé en un cul-de-sac, se continuant en haut avec la cavité vaginale. Pas de culs-de-sac normaux ; on ne sent pas le col de l'utérus. Par le toucher rectal et le spéculum on trouve un orifice qui fait communiquer le rectum avec l'utérus. Une sonde utérine, introduite par le rectum dans la cavité de l'utérus, détruit les adhérences vésico-vaginales ; la cavité utérine mesurait 15 centimètres. A la palpation l'utérus remonte au-dessus du pubis, est dur et peu mobile ; M. Rimsch a fait le diagnostic d'hématométrie. Les adhérences détruites, du sang noir s'est écoulé par le rectum et l'utérus a repris ses dimensions normales. (*Wratsch*, n° 2, 1894.)

INSUFFISANCE CARDIAQUE, MORT SUBITE PENDANT L'ACCOUCHEMENT.

M. Solowieff rapporte à la Société de gynécologie et d'obstétrique de Moscou l'observation d'une malade atteinte d'une affection cardiaque ancienne, enceinte de sept mois (quatrième grossesse) et entrée à l'hôpital avec tous les signes d'asystolie. Tous les stimulants n'ayant produit aucun effet, on se décide à hâter le travail par la dilatation

forcée du col, mais lorsque le col était déjà complètement dilaté, il y eut un arrêt brusque du cœur. On fit alors la version podalique, et on extrait le fœtus mort ; les stimulants les plus énergiques n'ont pu ramener la parturiente à la vie. Le rapporteur en conclut que chez les cardiaques il est nécessaire de provoquer l'avortement de bonne heure si l'on veut éviter des accidents gravido-cardiaques. (*Wratsch*, n° 2, 1891.)

LAPAROTOMIE POUR RUPTURE DE GROSSESSE TUBAIRE.

M. Tschopp publie deux cas de grossesse tubaire rompue, une de deux mois, l'autre de quatre semaines. Les malades présentaient tous les signes d'hémorrhagie interne, avec phénomènes abdominaux graves. On fit la laparotomie après injection de sérum.

Dans les deux cas, le petit bassin était rempli de sang liquide et en caillots ; chez la première de ces malades le fœtus se trouvait au milieu des caillots ; la trompe gauche, où il s'était développé, était rompue. Chez la deuxième malade, c'est la trompe droite qui était le siège de l'hémorrhagie. Après avoir enlevé le sang en partie (pour aller plus vite, étant donné l'état très grave des malades), on fit l'ablation des annexes, après ligature et cautérisation. Les deux malades ont guéri. (*Gaz. hebdomadaire de médecine de la Russie méridionale*, n° 1, 1894.)

SYMPHYSÉOTOMIE EXPÉRIMENTALE.

A la même séance, M. Stroganoff montre des lapins symphyséotomisés, auxquels il a fait l'ostéoplastie interpubienne avec des fragments de côtes enlevés aux mêmes animaux. La réunion est complète dans tous les cas opérés.

CORRESPONDANCE

LA QUESTION DES MALADES PAYANTS DANS LES HOPITAUX DE PARIS. — M. Dubois a demandé au conseil municipal qu'on relève le prix de séjour dans les établissements hospitaliers.

L'administration a été invitée à fournir un état constatant le nombre des malades payants traités dans chaque hôpital depuis le 1^{er} janvier jusqu'au 1^{er} novembre 1894, ainsi que le nombre des journées de maladies.

Cet état devra être dressé d'une façon spéciale pour les services de médecine, de chirurgie et d'accouchements. Le conseil réclame aussi les prévisions de recettes dans le service des enfants débiles de la Maternité.

Une autre proposition tendant à instituer une commission spéciale dans chaque hôpital, en vue d'établir une taxe pour les opérations chirurgicales, a été renvoyée à la commission d'Assistance publique.

A ce sujet, nous recevons la lettre suivante qui mérite d'être publiée ; elle prouve, une fois de plus, que l'Assistance publique est trop souvent exploitée par des personnes riches, que l'on reçoit sans contrôle et qu'on opère gratuitement dans les hôpitaux, alors que l'on ne devrait y admettre que des indigents.

Paris, le 22 janvier 1895.

Monsieur le Directeur,

Permettez-moi de vous adresser les quelques réflexions suivantes qui m'ont été suggérées par un fait récent et tout d'actualité.

Une dame, propriétaire et rentière, habitant la province, vint à Paris ces jours-ci et me fit appeler afin d'avoir mon avis dans un cas de cancer du sein. Cette dame ignorait complètement la gravité de son état, bien que la mamelle fût largement ulcérée, et que les hémorrhagies qui en étaient la conséquence se répétassent fréquemment au point de cachectiser la malade d'une façon très inquiétante. Je lui conseillai immédiatement de l'accompagner près d'un chirurgien ; la proposition fut acceptée, et l'opération, après un examen de ce dernier, jugée nécessaire dans le plus bref délai.

Tout fut convenu sur-le-champ ; mais, le lendemain la malade se ravisa et me donna avis qu'elle entrerait dans un service d'hôpital, ne voulant pas, disait-elle, « emprunter sur ses propriétés, ni grever son avenir pour une opération qui serait également bien faite dans le service d'un opérateur connu ».

Ceci se passerait de commentaire si le fait ne se reproduisait assez fréquemment. Je suis surprise, en effet, de voir avec quelle facilité aujourd'hui certaines personnes dans une situation aisée entrent à l'hôpital. Autrefois, les choses n'en allaient pas ainsi ; l'hôpital était exclusivement réservé aux pauvres, qui mettaient même une certaine répugnance à y entrer. De nos jours encore certains petits bourgeois font quelquefois des sacrifices relativement à leur situation modeste, pour être soignés chez eux, et en revanche on voit des gens, comme

cette rentière que je citais plus haut, entrer sans le moindre scrupule dans un service hospitalier et prendre ainsi la place du vrai pauvre.

N'y aurait-il pas un remède à apporter à cet état de choses ? L'administration de l'Assistance publique n'aurait-elle pas le droit, et même le devoir, de s'informer de la situation des gens qui viennent ainsi se faire soigner pour rien, quand ils pourraient parfaitement honorer le maître trop confiant qui les opère sans contrôle ? Ne pourrait-on exiger, sinon un certificat d'indigence, du moins une attestation du maire de l'endroit où ils demeurent, constatant qu'ils ne peuvent se faire opérer chez eux ?

Cette mesure serait de toute justice, et au plus grand profit des pauvres, qui sont quelquefois obligés d'attendre leur tour d'entrée pendant plusieurs jours, alors que d'autres plus fortunés prennent leur place sans la moindre vergogne.

Veuillez agréer, etc.

P. DURAND-LABOIRE,
Sage-femme de 1^{re} classe.

BIBLIOGRAPHIE

- I. — **De la bave infantile et du ronflement**, par le D^r L. Couëtoux (S. Steinhell).
- II. — **Des opérations pratiquées sur les annexes de l'utérus pendant le cours de la grossesse, trois observations**, par H. DELAGÉNIÈRE (Le Mans). (*Archives provinciales de chirurgie.*)
- III. — **Pathogénie et traitement de la cystocèle inguinale, une observation**, par H. DELAGÉNIÈRE (Le Mans). (*Archives provinciales de chirurgie.*)
- IV. — **De la valeur clinique du chimisme stomacal**, par le P^r G. HAYEM. Paris, Masson, 1895. (*Extrait de la Revue des sciences médicales.*)

Ce travail est en grande partie la reproduction du rapport que le P^r Hayem a présenté au premier Congrès de médecine interne, tenu récemment à Lyon. C'est le résumé succinct et très condensé des recherches si remarquables que l'auteur poursuit depuis plusieurs années sur les gastropathies. En terminant, M. Hayem rappelle les objections qui lui ont été faites au Congrès et finit sur cette conclusion : « Il est regrettable que la première discussion qui se soit engagée entre médecins de langue française sur une question d'une si grande portée pratique, ait été un peu confuse et dépourvue d'intérêt scientifique. Mais on devait s'y attendre. C'est beaucoup qu'elle ait figuré au programme et attiré à un si haut degré l'attention du corps médical. »

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

14. — Du phénosalyl comme agent antiseptique en obstétrique et en gynécologie, par le D^r FRAIPONT, chargé de cours à l'Université de Liège. — Dans un travail paru l'an dernier dans les *Annales de l'Institut Pasteur*, M. le D^r de Christmas, s'appuyant sur les idées émises précédemment, par Bouchard et Laplace entre autres, et relatives à la possibilité d'augmenter la force microbicide des antiseptiques en les mélangeant entre eux, a fait connaître un produit auquel il donne le nom de *Phénosalyl*, et qui est composé d'acide phénique, d'acide salicylique et d'acide lactique.

Des expériences qu'il a entreprises avec ce produit, se dégagent à nouveau le fait déjà constaté de l'augmentation de la puissance microbicide du nouveau corps par rapport à celle de chacune des substances employée isolément.

M. de Christmas a choisi, pour faire ses recherches, le staphylocoque jaune de la suppuration, parce qu'il est de beaucoup le plus résistant et il a employé la méthode d'Yersin, qui consiste à mélanger une faible quantité d'une culture en bouillon du microbe en question avec une grande quantité de la solution antiseptique, puis, après un séjour plus ou moins prolongé, à diluer quelques gouttes de ce mélange avec une certaine quantité d'eau stérilisée ou de bouillon et à ensemercer dans du bouillon.

La formule du mélange qui lui a paru le meilleur sous le rapport de sa solubilité et de son pouvoir antiseptique est la suivante :

Acide phénique.	9 grammes.
Acide salicylique.	1 —
Acide lactique.	2 —
Menthol.	0.10 ctgr.

On chauffe les trois acides jusqu'à liquéfaction. Le produit est très soluble dans la glycérine. Il se dissout facilement dans l'eau jusqu'à la proportion de 4 %.

Le *Phénosalyl*, comme microbicide, arrive immédiatement après

le sublimé. La force antiseptique est plus de trois fois plus grande que celle de l'acide phénique ; elle est le double de celle du lysol, et plus du double de celle de la créoline.

Quant à la toxicité du produit, M. le Dr Cornil, en analysant la brochure du Dr de Christmas, à la séance du 20 décembre dernier de l'Académie de médecine de Paris, rapportait des expériences entreprises par Tarnier et Vignal, au moyen d'une injection intra-veineuse d'une solution à 1 p. % dans l'oreille du lapin. Ces expériences ont montré qu'on ne peut pas dépasser chez le lapin une dose de 4 ctgr. d'acide phénique par kilog. d'animal sans accidents et qu'une dose de 6 ctgr. provoque des accidents souvent mortels. Le phénosalyl est supporté jusqu'à la dose de 10 ctgr. par kilog. sans aucun accident et même une dose de 20 ctgr. n'occasionne que des accidents passagers, desquels le lapin se remet très vite. Or 10 ctg. de phénosalyl contiennent 7 ctgr. 5 d'acide phénique et 20 ctgr. le double. Le mélange des différents acides a, par conséquent, diminué considérablement la toxicité du phénol.

Le travail du Dr de Christmas m'ayant été communiqué par M. le Dr Malvoz, assistant à l'Université, au mois d'août dernier, je me décidai à essayer le nouveau produit dans mon service d'accouchements à la Maternité et dans mon service de gynécologie à l'Hôpital de Bavière. A quelques jours de là, M. le Dr de Christmas voulut bien me communiquer la formule définitive de la *solution dite normale de Phénosalyl* qui diffère légèrement de la formule que j'ai donnée précédemment et dont il m'a fait demander de ne pas dévoiler le *modus faciendi*, voulant, comme c'est son droit, se réserver le monopole de la fabrication.

Cette solution normale de phénosalyl est un liquide sirupeux, incolore, pourvu qu'on emploie du phénol cristallisé pur, d'une odeur aromatique pas désagréable du tout, très facilement soluble dans l'eau. En ajoutant 30 gr. de cette solution à un litre d'eau, on forme un liquide qui renferme 7 gr. 50 de phénosalyl pur, quantité suffisante d'après les expériences du Dr de Christmas pour tuer les staphylocoques jaunes de la suppuration. En doublant la dose on constitue une solution forte qui doit être réservée pour les cas où une antiseptie énergique est nécessaire.

En accouchement, j'ai employé constamment, depuis le mois d'août dernier, le liquide faible, contenant 30 gr. de solution normale de phénosalyl pour 1000, pour le lavage des mains, les injections vagi-

nales, les lavages vulvaires, pour y plonger les instruments avant toute intervention. Ceux-ci ont été évidemment placés au préalable dans l'étuve à désinfection. Je n'ai eu recours au liquide fort que dans quelques cas spéciaux ou quand un début d'infection m'a obligé à faire une antiseptie plus énergique.

Depuis le moment où j'ai employé le phénosalyl jusque maintenant, il y a eu dans mon service 68 accouchements. Je dois déplorer 2 cas relatifs, l'un à une femme morte le lendemain de son arrivée, à la suite d'accès éclamptiques qui avaient nécessité son transfert à la Maternité, l'autre concernant une femme atteinte de vomissements incoercibles de la grossesse depuis plusieurs semaines, ayant des températures de 39° depuis le début de ces vomissements et qui a succombé aux conséquences de l'inanition 3 jours après la provocation de l'avortement. Restent donc 66 accouchements dont 61 sans la moindre élévation de température pendant toute la période puerpérale. Ces 61 accouchements ont donné lieu à trois applications de forceps dont une au-dessus du détroit supérieur dans un cas d'éclampsie ;

Une version podalique ;

Une embryotomie très grave et très laborieuse chez une femme dont le bassin mesurait entre 5 et 5 1/2 centimètres ;

Quatre délivrances artificielles ;

Plusieurs expulsions de fœtus macérés.

Cinq accouchements ont été suivis d'un commencement d'infection. Deux femmes chez lesquelles j'ai dû pratiquer la perforation de la voûte du crâne du fœtus avaient déjà subi des tentatives d'application de forceps en ville ; chez l'une il y avait même déjà une déchirure incomplète du périnée produite par le fait que l'instrument avait dérapé. Chez toutes deux la fièvre a débuté le lendemain même de leur admission, déjà le matin, et on peut sans doute se demander si l'infection n'existait pas au moment de l'admission.

Chez les trois autres, dont les accouchements avaient été spontanés et n'avaient nécessité par conséquent aucune intervention obstétricale, la fièvre n'a commencé que le 3° ou le 4° jour après l'accouchement et chez celles-ci l'infection a bien débuté dans l'établissement.

Cependant aucune de ces cinq femmes n'a eu d'autre manifestation d'infection puerpérale que des plaques grisâtres, diphtéritiques, peu profondes, localisées à la commissure antérieure du périnée ou à la face interne des grandes et des petites lèvres. Le vagin et surtout la matrice n'ont pas une seule fois été envahis. Malgré des tempéra-

res de 38°5 à 39°5, l'état général ne paraissait pas mauvais, le facies n'était pas altéré et il n'y avait ni sensibilité, ni ballonnement du ventre.

Il est malheureusement impossible, dans un établissement comme celui de la rue des Carmes, d'empêcher complètement l'éclosion de ces infections, même légères. La surveillance laisse forcément à désirer, le service étant fait par les élèves sages-femmes de l'école d'accouchements qui doivent se partager le soin des femmes du service hospitalier et du mien, qui doivent assister aux leçons de leur professeur, étudier leur cours. Il en résulte qu'à certains moments de la journée les femmes restent seules et en profitent souvent pour se lever, malgré toutes les défenses qu'on puisse faire.

D'autre part, le linge n'est pas toujours parfait au point de vue de la désinfection. Il est envoyé à la buanderie de l'Hôpital de Bavière, où il ne subit trop souvent qu'un lavage sommaire. Il ne passe à l'étuve à désinfection que quand on en fait la demande formelle. Il y a là évidemment un point faible dans la méthode antiseptique du service obstétrical et les meilleurs agents employés pour les injections ne sauraient y remédier.

Quoique cela, les résultats que j'ai obtenus avec le phénosalyl ont été aussi bons, si pas meilleurs, que quand je me servais de solutions phéniques à 2 ou à 4 p. %. J'y ai en plus trouvé des avantages sur lesquels je reviendrai tantôt.

En gynécologie, depuis le mois d'août, j'ai aussi employé exclusivement les solutions faibles et fortes de phénosalyl pour le lavage des mains, l'immersion des instruments, les irrigations vaginales et intrautérines, la préparation des boulettes d'ouate destinées à servir d'éponges pendant les opérations ou le soin des malades. J'ai employé, de plus, des crayons du poids de 3 grammes, à base de gomme arabique et de farine de froment, contenant 2 1/2 p. o/o de phénosalyl, et que j'ai introduits dans la matrice après le curetage pour endométrite.

J'ai pratiqué :

Dix laparotomies pour extirpation d'annexes ou hystéropexie abdominale ;

Deux laparotomies exploratrices ;

Trois laparotomies pour hernies ventrales et sutures musculo-aponévrotiques de la paroi ;

Sept colporrhaphies et périnéoplasties ;

Quatre excisions de polypes du col ou intrautérins :

Une excision du col ;

Sept curettages pour cancers inopérables du col ;

Seize évidements de la matrice pour rétention de débris placentaires et membraneux à la suite de fausses couches.

Beaucoup de ces malades avaient des écoulements fétides venant de la matrice et plusieurs même avaient de la fièvre et des exsudats plus ou moins volumineux intra ou extra-péritonéaux.

Enfin *cinquante curettages* pour toute espèce d'endométrites simples ou compliquées de retentissements aigus, subaigus, ou chroniques sur les annexes ou le péritoine pelvien, beaucoup avec discision profonde du col, quelques-uns avec ignipuncture de la portion vaginale.

De toutes ces opérées une seule a succombé. C'était une malade à laquelle j'avais pratiqué un simple curettage pour endométrite chronique compliquée d'une induration douloureuse, mais peu considérable, à la partie supérieure du ligament large gauche. Les suites opératoires avaient été excellentes et on était arrivé au 7^e jour sans fièvre et sans douleur.

La patiente, se sentant bien, voulut se lever malgré la défense qui lui en avait été faite. Elle resta presque toute l'après-dîner hors du lit et quand elle y rentra à la soirée, elle éprouva tout à coup une violente douleur dans le côté gauche. La température monta ce soir à 39°. La sœur, sans nous prévenir et ne croyant pas qu'il y eût quelque chose de grave, fit un enveloppement humide du bas-ventre. Le lendemain, quand je vins faire ma visite, la malade était moribonde. Elle expirait à la fin de la matinée, ayant évidemment une péritonite septique.

L'autopsie révéla, en effet, la présence de celle-ci. Il n'y avait cependant pas d'infection intrautérine. Mais les deux trompes, surtout celle de gauche, étaient épaissies comme un petit doigt, contenaient un peu de pus et leur muqueuse était gris jaunâtre, fort infiltrée de leucocytes.

C'est la seule femme que j'aie perdu dans cette série de 100 opérations que j'ai pratiquées depuis que j'emploie le phénosalyl.

Ici encore, les résultats que j'ai obtenus sont aussi bons que ceux que j'avais avec les solutions phéniquées à 2 et à 4 ./. J'ajouterai que les crayons de phénosalyl que j'ai introduits après les curettages utérins ne produisent pas en général de douleurs bien intenses.

Je suis décidé, dans ces conditions, à continuer l'emploi des solutions faibles et fortes de phénosalyl en accouchements et en gynécologie.

Les avantages qui ressortent pour moi de l'emploi de ces composés sont :

La facilité de faire les solutions, puisque 30 gr. et 60 gr. de solution normale se dissolvent de suite dans un litre d'eau. On n'a plus l'ennui, par conséquent, de plonger les mains ou de faire une irrigation vaginale avec un liquide contenant des globules d'acide phénique et de se brûler, ainsi, ou de brûler la patiente ou la parturiente.

Le danger d'intoxication est pour ainsi dire nul. Je n'ai pas observé le moindre accident et du reste les expériences de *Vignal et Tarnier* prouvent que la toxicité de l'acide phénique, par le fait du mélange, est diminuée dans les mêmes proportions que son action microbicide est augmentée.

L'odeur n'est pas désagréable ; elle n'est pas pénétrante et ne s'attache pas aux mains ou aux habits comme celle de l'acide phénique. J'ai pu constater dans ma clientèle qu'elle ne répugnait pas aux accouchées ou à leur entourage et surtout qu'il ne restait pas d'odeur dans la chambre de la parturiente.

Enfin, la solution même forte, ne produit pas de sentiment de cuisson sur les mains ou dans le conduit vagino-vulvaire, et les muqueuses restent lisses, ne sont pas desséchées comme avec les solutions d'acide phénique et aussi de sublimé et c'est là, à mon avis, un grand avantage, surtout pendant le travail de l'accouchement. Après m'être lavé les mains une quantité de fois en une matinée, la peau me paraît même plus souple qu'auparavant.

.

15. — Traitement des manifestations nerveuses génitales chez la femme, par M. le Dr Jacobs (1). — Les manifestations génitales nerveuses, que nous considérons comme morbides chez la femme, sont des symptômes d'hypéresthésie douloureuse, qui, le plus souvent, ne sont que l'expression de telle ou telle lésion locale, mais qui cependant peuvent constituer par eux-mêmes des symptômes cliniques suffisamment importants pour engager le praticien à

(1) Polyclinique de Bruxelles

instituer une thérapeutique spéciale dans le but de les amender.

Dans cet ordre d'idées, nous passerons en revue successivement le *prurit vulvaire*, le *vaginisme* et les *névralgies pelviennes*.

PRURIT VULVAIRE. — Il est constitué par une démangeaison intermittente ou continue, siégeant à la vulve (grandes et petites lèvres) et se prolongeant souvent au pourtour de l'anüs.

Ce prurit peut être tellement vif qu'il est une cause d'insomnie prolongée et constitue un état des plus pénibles pour la femme. Le grattage auquel il donne lieu dénature les lésions causales et détermine la masturbation, surtout chez les enfants, la nymphomanie, des troubles nerveux divers.

Il n'est en général que l'expression symptomatique des lésions locales (eczéma, psoriasis, parasites) qui agissent directement sur les extrémités nerveuses.

Il peut avoir une origine génito-urinaire, lorsque les propriétés irritantes de l'urine enflamment la muqueuse génitale, ou qu'une irritation analogue est produite par une affection génitale (écoulement ou action réflexe).

Enfin le prurit vulvaire peut avoir une origine centrale, et dépendre d'une maladie nerveuse.

Nous voyons souvent le prurit anal concomitant au prurit vulvaire, les mêmes causes produisant les mêmes effets locaux, mais cependant les fissures et les hémorroïdes l'occasionnent le plus fréquemment.

Notre thérapeutique s'efforcera de modifier l'état général (diabète, hystérie, etc.).

Localement, nous essayerons : les lotions très chaudes et fréquentes, phéniquées (1,50 p. c.), les badigeonnages avec une solution de nitrate d'argent (1/20), avec la teinture d'iode fraîchement préparée.

Les lotions bijournalières avec :

R. alcool, 10 gr.

bichlorure de mercure, 2 gr.

eau distillée, 450 gr.

Dans l'intervalle de ces différents traitements, nous appliquerons de la pommade phéniquée 3/100 — ou imbibés de la solution suivante :

R. chloroforme.

huile d'amande douce } à à 20 gr.

Les nettoyages locaux au savon et à l'éther doivent être pratiqués journellement.

Il arrive qu'aucun de ces traitements ne donne le résultat attendu. On pourra recourir alors au courant continu (20 milliampères) ou à l'effluve électrique de 10 minutes de durée.

Dans les cas où l'intensité des troubles nerveux résiste à tout traitement, on sera autorisé à recourir à l'ablation des tissus atteints de prurit (clitoris, petites lèvres et parties internes des grandes lèvres).

VAGINISME. — Cette affection est caractérisée par une contracture spasmodique de la vulve et du vagin, accompagnée d'hypéresthésie douloureuse. Nous la rencontrons chez les femmes nerveuses, à tout âge, mais surtout au début du mariage.

Elle est occasionnée par les lésions produites par les tentatives de déflorations brutales et répétées, la situation anormale de la vulve qui fait porter à faux les efforts du pénis, la résistance trop grande de l'hymen, une hypéresthésie congénitale de cette même membrane, enfin l'excoriation des caroncules. La valvo-vaginite, les exanthèmes qui occasionnent des érosions, des fissures et ulcérations, les tubercules sous-cutanés douloureux, certaines affections vésicales, anales et uréthrales, peuvent être le point de départ du vaginisme.

On a longuement discuté déjà à l'effet de savoir s'il peut exister un vaginisme sans lésions organiques. Les cas décrits par des auteurs tels que Sims, Lorain et d'autres, doivent nous en faire admettre la réalité ; cependant, dans un cas que nous avons observé et dans lequel l'absence de toute lésion locale ou éloignée devait nous laisser croire au vaginisme essentiel, nous avons cru pouvoir rapporter l'hypéresthésie douloureuse à une excitabilité excessive médullaire occasionnée par l'abus du coït. — La douleur qui précède la contraction est le plus souvent localisée en un point déterminé, elle peut être cependant diffuse. Survenant à l'occasion du coït, du moindre contact étranger, elle peut devenir à ce point intolérable qu'elle va jusqu'à provoquer la syncope. Dans l'intervalle des crises on observe du ténesme vésical, anal ou vaginal. La contracture qui suit la douleur comprend le constricteur du vagin, et souvent les muscles périnéaux. On a vu le spasme s'étendre à l'anus, aux adducteurs des cuisses, à tous les muscles du corps. Au bout de peu de temps, on voit les malades maigrir, irritables à l'excès ; certaines peuvent présenter des perturbations mentales pouvant les conduire au suicide, à la folie.

Si nous parvenons dans la plupart des cas à amener une guérison rapide, il en est d'autres rebelles à toute thérapeutique. Aussi, notre

pronostic sera-t-il réservé, d'autant plus que le vaginisme constitue une cause sérieuse de stérilité.

Nous conseillerons l'abstention des excitations sexuelles, l'hydrothérapie, les toniques, les distractions.

Localement : bains de sièges, lavages à l'eau phéniquée (1 %), les onctions avec la vaseline phéniquée (3 %).

De même que dans le prurit vulvaire, nous déconseillons la coïne, qui n'a qu'un effet passager. Il en est de même de l'électricité dans le vaginisme.

Les fissures, excoriations vulvaires et vaginales seront guéries au moyen du nitrate d'argent, 1/20.

Le traitement le plus efficace, celui auquel nous conseillons de recourir rapidement, consiste dans l'excision, sous le chloroforme, de l'hymen, des caroucules, d'un polype urétral et de la cautérisation immédiate des surfaces au thermocautère. La dilatation forcée jusqu'à résolution sera pratiquée dans le même séance.

Au bout de peu de jours, bains de siège bijournaliers avec spéculum de bain de volume progressivement gradué.

NÉVRALGIES PELVIENNES. — Nous entendons par cette dénomination des douleurs pelviennes permanentes sans lésions appréciables à l'examen.

Nous remarquons ces douleurs pelviennes, ordinairement chez les hystériques et les neurasthéniques, avec lésions minimales des ovaires ou des trompes (sclérose, dégénérescence microkystique, adhérences légères, déviations) ou bien *sans aucune lésion locale*.

Ces douleurs se produisent au col de l'utérus, aux culs-de-sac vaginaux ou à la vessie, avec irradiations aux membres inférieurs, aux lombes, au sacrum, à l'ombilic ; elles n'offrent aucun caractère spécial, peuvent être continues, intermittentes, spontanées ou provoquées.

Leur traitement sera celui de l'hystérie, de la neurasthénie.

Les lésions minimales des régions douloureuses attireront évidemment l'attention du médecin et seront traitées localement. Le traitement chirurgical des névralgies graves et rebelles constitue encore un des chapitres les plus discutés et discutables de la chirurgie moderne. Les uns sont partisans de la coélotomie, les autres de la castration utérine par le vagin, lorsque l'on a acquis la certitude que tout autre traitement conservateur ne peut amener d'amélioration.

Ce n'est pas aujourd'hui que nous discuterons les arguments en faveur des opérations radicales ; mais nous tenons à prévenir nos con-

frères des résultats décevants de ces opérations ; l'ablation d'organes douloureux, sans lésions, ne donne que rarement le résultat espéré.



16.— Les progrès de l'allaitement artificiel, par VARIOT. (*Journal de clin. et thérapeut. infantiles*, 15 novembre 1894.) — Dans un pays comme le nôtre, où la natalité est abaissée et la dépopulation menaçante, il faut, dit Variot, s'efforcer de conserver tous les enfants qui viennent au monde. Dans ce but il importe d'accorder la plus grande attention au mode d'alimentation des nouveau-nés.

Il est incontestable que l'allaitement naturel par la mère ou une bonne nourrice constitue le mode d'alimentation le meilleur. Mais, pour des raisons multiples, beaucoup de nouveau-nés doivent être soumis à l'allaitement artificiel.

Les précautions à prendre pour assurer la sécurité de cet allaitement doivent viser : A. l'appareil avec lequel on pratique ; B. le liquide donné à l'enfant.

A. *Biberon*. — Les modèles de biberon usités sont innombrables. Celui qui a gagné la faveur du public est malheureusement un des plus mauvais. C'est le biberon à tube, composé d'une bouteille dans laquelle plonge un tube de verre continué par un tube de caoutchouc muni d'une tétine à son extrémité. Ce biberon est commode pour les mères : car l'enfant peut être abandonné seul avec son biberon ; à son gré, il interrompt ou reprend la tétée, sans que l'on ait à s'occuper de lui. Mais ce biberon est déplorable au point de vue hygiénique. Le lait qui séjourne trop longtemps dans cet appareil y subit des fermentations malsaines par suite de la succion prolongée et de la pénétration des germes de la salive que le flux et le reflux du liquide répand dans la bouteille ; le nettoyage sérieux des tubes est presque impossible. Du lait de bonne qualité devient trop facilement nuisible dans de telles conditions. C'est là l'origine d'un grand nombre de diarrhées infantiles qui conduisent à l'athrepsie. Lorsque, dit Variot, au dispensaire de Belleville, je vois des nourrissons atteints de diarrhée, je demande qu'on me montre le biberon : quatre-vingt-dix fois sur cent il s'agit d'un biberon à tube, qui exhale une odeur désagréable ou même repoussante lorsqu'on enlève le bouchon. Cet appareil doit donc être formellement proscrit.

Le seul biberon qui ne soit pas nuisible doit être aussi simple que

possible, composé par exemple d'une petite bouteille (de 150 à 200 grammes de contenance) sur le goulot de laquelle s'adapte une tétine en caoutchouc comme un petit bonnet. La bouteille sera nettoyée soigneusement dans l'eau bouillante avant et après chaque tétée. La tétine en caoutchouc susceptible d'être retournée en doigt de gant sera lavée dans l'eau boriquée. Le biberon ne sera chargé que pour une tétée. Si tout le lait n'a pas été consommé par l'enfant, le biberon n'en sera pas moins vidé et nettoyé. Ce biberon n'a qu'un minime inconvénient : c'est d'obliger les mères à le tenir à la main pendant que l'enfant tète.

B. Lait. — Le lait donné à l'enfant doit être du lait de vache de bonne qualité et non pas du lait de prix inférieur qui est à Paris sophistiqué de bien des manières. Il faut proscrire toutes les mixtures plus ou moins malsaines (eau panée, décoctions de plantes, laits artificiels, bouillies amylacées) dont l'usage sous de mauvais prétextes variés (pour diluer le lait, pour le rendre plus nourrissant, etc.), n'est que trop répandu.

Il faut considérer comme un grand progrès l'introduction dans l'allaitement artificiel du lait stérilisé. L'expérimentation de ce lait a partout donné d'excellents résultats. On sait que la stérilisation du lait consiste à le chauffer en vase clos et à le priver ainsi de tous ses germes.

Cette stérilisation est aisée à obtenir dans chaque ménage grâce à divers appareils, tels que celui de Soxhlet. On peut encore recourir à plusieurs bonnes marques de lait stérilisé livré par le commerce. On ne saurait, dit Variot, trop proclamer les bienfaits du lait stérilisé dans l'allaitement artificiel ; c'est là une des brillantes conquêtes que l'hygiène moderne doit à la doctrine microbienne.

(*Revue de théér. méd-chir.*)

A. BERGÉ.

17. — Du traitement des cystites chez les enfants. —

— La cystite est une affection assez fréquente chez les enfants, surtout chez les filles. L'origine en est souvent difficile à établir.

Le P^r Escherich (de Gratz) distingue la cystite avec urine alcaline et la cystite à urine acide, cette dernière habituellement produite, d'après lui, par une infection colibacillaire.

Escherich traite la première par des lavages de la vessie, deux fois

par jour, avec de l'eau boriquée (solution à 1 ou 2 0/0) ou thymolée (5 0/0) tiède. Il ordonne à l'intérieur les potions suivantes : 1° chlorate de potasse, 2 à 3 grammes ; eau, 150 grammes ; sirop simple, 10 grammes. Prendre une cuillerée à dessert toutes les deux heures. 2° Infusion sucrée de feuilles d'uva ursi (15 grammes de feuilles pour 150 grammes d'eau). Une cuillerée à dessert toutes les deux heures.

La cystite avec urine acide est traitée très efficacement par des lavages de la vessie avec une solution faible de créoline (10 à 15 gouttes de créoline pour 250 grammes d'eau tiède bouillie) et l'administration à l'intérieur de doses minimales de salol.

A. BERGÉ.

(*Revue internationale de méd. et chir. pratiques*, 5 novembre 1894.)

18. — Avortement provoqué par le procédé de Peltzer.

— Le docteur GUINSBOURG, en se basant sur quelques cas observés, conclut que l'injection intra-utérine de glycérine, comme l'a préconisée Peltzer, amène assez rapidement l'avortement ; la glycérine est préférable à l'eau, car, étant plus dense, elle a plus de difficulté pour pénétrer dans les vaisseaux qui pourraient être atteints. Le mécanisme de l'avortement se rapproche, plus que dans tout autre procédé, de celui de l'avortement spontané ; même dans l'introduction des sondes, le décollement des membranes est, au début, limité, tandis que par l'injection, il se fait sur une plus grande étendue.

L'auteur ajoute qu'il emploie comme désinfectant la formoline (solution aqueuse d'aldéide formique à 40 p. 100) avec succès ; de même, dans la gonorrhée, le tamponnement avec de l'ouate imbibée de la solution à 2 p. 100 lui a donné de très bons résultats. (*Ejenedelnik*, n° 10, 1894.)

19. — **Traitement des prolapsus génitaux**, par le Dr DUPLAY. (*Bull. méd.*) — Dans l'histoire du traitement des prolapsus, nous constatons qu'on a tout d'abord eu l'idée d'agir sur le corps utérin lui-même — on est allé jusqu'à pratiquer son ablation. — Cette ablation, soit dit en passant, n'empêche pas la chute consécutive des parois et du fond de la cavité vaginale, telle qu'elle existe après l'opération.

Ce fait démontre bien que la cause principale du prolapsus ne réside

pas dans l'utérus et ses ligaments. Il n'y a donc pas lieu d'agir directement sur l'utérus, si ce n'est pour une résection du col, lorsqu'on est en présence d'une hypertrophie, comme on le ferait, d'ailleurs, indépendamment du prolapsus.

De nombreuses opérations ont été exécutées, agissant sur les ligaments. — On a raccourci les ligaments ronds, soit par la voie abdominale, soit à leur sortie du canal inguinal (opération d'Alexander) — on a réséqué également les cordons utéro-sacrés. Mais certes la meilleure intervention étant celle qui s'adresse à la cause principale du mal, nous devons, d'après ce que nous venons de voir, agir d'abord sur le périnée.

C'est pourquoi nous diminuerons sa laxité et augmenterons, en même temps, sa longueur par une large perte de substance antéro-postérieure (périnéorrhaphie). — En outre, nous donnerons plus de consistance aux parois vaginales et faciliterons leur maintien en place par des pertes de substance longitudinales, elliptiques, antérieure et postérieure (colporraphie-élytrorrhaphie). — Pour plus de commodité, combinant nos incisions vaginales inférieures et périnéales, nous prolongerons la perte de substance de la paroi vaginale postérieure sur les parties latérales de la vulve, comme deux ailes de papillon, et sur le périnée (colpo-périnéorrhaphie — procédé d'Emmet). Nous suture-ront ensuite les lèvres de nos incisions.

Telle est l'opération que je me propose d'exécuter sur la première de nos malades. Pour l'autre, je pratiquerai d'abord l'ablation du col utérin et je procéderai ensuite suivant la même méthode.

20. — Emploi d'un pessaire-éponge pendant la menstruation. — Nous extrayons la note suivante du *Bulletin médical*, tout en conseillant vivement à nos lecteurs de ne pas faire usage du pessaire-éponge, surtout pendant la menstruation. Les éponges sont, à notre avis, trop difficiles à aseptiser et, d'autre part, pendant la période menstruelle, les infections locales sont trop faciles à produire pour que ce moyen ne présente aucun danger. (N. D. L. R.)

Pour remplacer les serviettes et autres garnitures généralement employées à l'époque des règles, le D^r Duke, de Dublin, recommande aux femmes mariées d'introduire dans le vagin une éponge douce, très propre, soigneusement exprimée dans une solution antiseptique

chaude. L'éponge doit être un peu conique, plus longue que large, traversée par une ficelle solide formant une boucle pour passer le doigt quand il faut retirer le tampon. On place l'éponge à l'entrée du conduit vaginal ; le sang qui s'amasse au-dessus imbibe et fait gonfler l'éponge qui ferme en bas le conduit et empêche tout écoulement à l'extérieur. Il faut recommander d'enlever le pessaire toutes les six heures et de faire une injection vaginale avec de l'eau chaude. L'éponge est alors exprimée dans une solution antiseptique et remise en place.

Par ce moyen les menstrues ne sont point gênées à la sortie et ne souillent pas les parties externes. La durée de l'écoulement est en outre abrégée de deux ou trois jours dans beaucoup de cas.

Toutes les femmes qui y ont eu recours l'ont grandement apprécié, surtout en voyage.

* * *

21.— Traitement du prurit chez les enfants. (FEULARD.)
— Lotions chaque soir avec de l'eau très chaude, additionnée pour une demi-cuvette d'une cuillerée à bouche du mélange suivant :

Vinaigre aromatique.....	300 grammes
Acide phénique.....	3 —

Poudrer ensuite largement avec la poudre d'amidon. Régime : Supprimer entièrement de l'alimentation le vin, le café, la viande, et ne permettre que le laitage, les légumes, les soupes bien cuites, etc.

Dans un cas de larges placards érythémateux, très prurigineux, type de ce que l'on désigne ordinairement sous le nom de feux de dents, M. Feulard prescrit :

Eau bouillie.....	200 grammes
Acide phénique.....	4 —

Une cuillerée à café pour une demi-cuvette d'eau pour lotions. Puis, au bout de quelques jours, le poudrage que l'on doit faire après ces lotions est précédé d'une onction avec :

Glycérolé d'amidon.....	50 grammes
Acide tartrique.....	1 gr. 50

* * *

22. — Traitement de l'eczéma séborrhéique chez les enfants. (FEULARD.) — Faire des lotions de la tête avec une solution très étendue de coaltar (une cuillerée à café de coaltar saponiné pour une demi-cuvette d'eau), puis faire tomber les croûtes de la tête et de la face avec des cataplasmes de fécule. Une fois les croûtes disparues, appliquer des compresses de tarlatane, imbibées de la solution suivante :

Eau bouillie.....	350 grammes
Résorcine.....	2 —

Le soir, application de la pommade suivante :

Vaseline.....	80 grammes
Baume du Pérou.....	1 —

Modifier le régime défectueux, s'il existe.

En soumettant uniquement les enfants à l'usage du lait et des œufs suivant leur âge, et en employant cette médication externe, on voit leur état se modifier avec une grande rapidité.

FORMULAIRE

De l'emploi de l'ichthyol dans le traitement des tumeurs fibreuses adhérentes.

(JULES CHÉRON.)

Dans certains cas de tumeurs fibreuses de l'utérus, les malades se plaignent de douleurs très pénibles dans le ventre, douleurs qui proviennent beaucoup moins du volume de la tumeur souvent que des adhérences qui existent à la périphérie du fibrome. Ces adhérences sont le résultat de petites poussées inflammatoires du péritoine qui recouvre la tumeur.

Dans ces conditions, on obtient une amélioration rapide par l'emploi de l'ichthyol en pansements vaginaux, en pommade appliquée sur la paroi abdominale et en capsules prises à l'intérieur.

Les pansements vaginaux sont faits avec de l'ouate hydrophile imbibée du glycérolé suivant :

Glycérine neutre à 30° Baumé.....	300 grammes.
Sulfo-ichthyolate d'ammonium...	20 grammes.

Si, au bout de quelques pansements, la malade se plaignait d'une irritation plus ou moins grande du vagin et de la vulve, on aurait recours au glycérolé suivant :

Glycérine neutre à 30° Baumé.... 200 grammes.
Sulfo-ichthyolate d'ammonium.... 10 grammes.

Comme pommade, nous conseillons d'associer à l'ichthyol le savon mou de potasse et l'extrait de digitale dont nous avons montré, dans nos précédents formulaires, l'action résolutive très remarquable :

Extrait de digitale.....	4 grammes.
Savon mou de potasse.....	8 grammes.
Sulfo-ichthyolate d'ammonium....	10 grammes.
Vaseline.....	} àà 40 grammes.
Lanoline.....	

L'association de ces trois puissants résolutifs donne les meilleurs résultats. Avec la pommade ci-dessus on fait, tous les soirs, des onctions douces sur la paroi abdominale et on laisse la pommade appliquée pendant toute la nuit. Cette pommade est facilement enlevée, le matin, par un lavage à l'eau tiède ; il n'y a pas avantage à la laisser en place pendant le jour, car il y aurait bientôt de l'irritation de la peau qui obligerait à suspendre l'emploi de ce topique qui est, au contraire, très facilement toléré quand on n'en fait usage que pendant la nuit.

Enfin, l'ichthyol à l'intérieur, par son action tonique sur l'estomac, relève la tension artérielle et contribue à favoriser la résolution des exsudats péri-utérins en général et, en particulier, des adhérences péri-fibromateuses :

Ichthyol 3 grammes.
en trente pilules;
prendre une pilule avant chaque repas.

Directeur-Gérant, D^r J. CHÉRON.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

SALPINGO-OVARITES APRÈS CURETTAGE

Après les méfaits du massage gynécologique exposés, non sans malice, devant la *Société de chirurgie de Paris* (voir notre Revue de janvier 1895), voici les méfaits du curettage à la *Société belge de gynécologie et d'obstétrique* (séance du 20 janvier 1895). Attendons-nous à voir démontrer bientôt que l'hystérectomie et l'ablation des annexes présentent infiniment moins d'inconvénients que le curettage et le massage pelvien, ces deux têtes de turc des grands interventionnistes en gynécologie.

C'est le D^r HENROTAY (d'Anvers) qui attire notre attention sur la possibilité de voir survenir, à la suite du curettage pour endométrite blennorrhagique, des lésions suppurées des annexes, alors que l'infection était nettement limitée à l'utérus avant l'opération. L'auteur ne se demande pas s'il y a eu une infection accidentelle pendant le curettage (par les lamineaires par exemple), si le curettage fait avec abaissement n'a pas pu déchirer une petite loge purulente existant dans le bassin et méconnue avant l'opération, s'il n'y a pas eu une réinfection de la malade par le mari blennorrhagique (dans la 1^{re} observation le mari est en pleine poussée aiguë d'urétrite quand la malade rentre chez elle, et c'est trois jours après avoir quitté l'hôpi-

1/20
ppli
nter

ava
00

i ver
lobu
A c
t fra
corr
jau

ent
de
xcis
mal
enti

. l'h
et d

s, ca
les,

nair
que,
nst
n ex
et c
s je

bier
suiv
ais
min
st et

nse
ive

ion,
aine
a p
ent

eml
,
tur
r.
irs.
ies d
use
a ce
ouk
ée i

emj
tan
cro
rt le
le p
pon
veni

mir
nau
les

ère:

de
lans
a p

ites

arie
ond
éth
ave
f de
x ca
olo
ent

il d
stic
rus

eur
Hi
lett

le
r le
ble
, il
jai
la
vid
: et
m
ner
in .
in
ppr
d
car
ari
aux

?

ont-Ferrand.

is longtemps ?

ni.

marinée ?

ts ?

les accouchements ?

au 4^e on a dû m'accoucher

es couches ?

or enfant ?

euf mois, c'est entre le 3^e et
nche de trois mois, je ne sais
avais une pesanteur dans le

malade ?

r enfant, mais déjà au deuxième

été réglée et de quelle façon ?

et 1/2 et ça n'a été régulier

lée actuellement ?

ment, mais depuis deux ans, à
ment, ça dure dix jours et je
aiers jours, de coliques assez
uchée.

lanches ?

at le matin. Lorsque je sors du
paquet de glaires jaunâtres.

, mais moins, mon linge est

s lui avons laissé
 mencer l'examen,
 rogatoire et d'en
 e malade.

cet enseignement
 toire de la malade
 sur des présomp-

nsiste à examiner
 açon la plus som-

plet, car ce n'est
 , qu'on peut dési-

est seulement un
 des lignes, comme
 i donner une idée

ntendre nous est-
 alade est atteinte ;

s points suffisam-
 bide déterminé de

usse couche en six
 itiguée et alourdie,
 is le ventre, depuis
 . tiraillement dou-
 a région des reins

asseoir, souffrance
 corps volumineux
 te dans le ventre !
 le nous dit perdre
 ous aurons des élé-

de grands maîtres presque tous

(A suivre.)

HÉRAPEUTIQUE

(deux n^{os} précédents.)

ons et des douches vaginales.

médecin de Saint-Lazare,
cien interne de Saint-Lazare.

: injection, irrigation et douche vagi-

: vaginales sont-elles utiles ?
es : injections de propreté ; injections
es, injections hémostatiques, injections
es, injections calmantes et sédatives.
nt les règles ? précautions à prendre
ctions pendant la grossesse ? précau-
ns des injections vaginales.

u employée en injections.
ide, principales substances employées
solutions.

uments.

tes par les malades : injections de pro-
s horizontal.

tes par le médecin.

spéciales. Contre-indications. Manuel

toujours être faites par le médecin.
el opératoire.

gazeuses.

s vaginales à de véritables bains
rent du bain utéro-vaginal par ce
liquide projeté sans cesse jusqu'à
rminée d'avance, ne baigne point
e ; c'est un bain local à eau cou-
njection en ce qu'elle a une durée
ite une plus grande quantité de
de est projeté avec une certaine

puerpérale, ce qui est tout à fait
 rons que les conditions dans
 auxquelles s'adresse le gyné-
 celles dans lesquelles ces ana-
 tes pour qu'il soit logique d'en
 les injections vaginales, dans

aginales sont nombreuses.

, les injections vaginales sont
 de propreté; le vagin étant ha-
 bes saprophytes qui pourraient
 y a tout intérêt à faire une in-
 une infection accidentelle.

utéro-ovarien, toutes les fois
 llement grave qu'il soit impos-
 r des injections, les injections
 ue : comme *antiseptiques*, dans
 de salpingite; comme *résoluti-*
 érins et péri-annexiels; comme
 e cancer, l'endométrite hémor-
 ans le cas de congestion chro-
 dans les relâchements des pa-
 spenseur de l'utérus; comme
 is cas de névralgie pelvienne

lant la *période menstruelle*? La
 on qui nous a précédés conseil-
 tion pendant les règles, et ils
 ainsi, les chances d'infection
 . Actuellement, on doit recom-
 lant les règles, dans tous les
 norrhagique, même ancienne,
 es; on sait en effet que le go-
 ler pendant les règles et il y a
 ang stagner et se former en
 e il serait dangereux, d'autre
 in, il faut faire les injections
 er des injections tièdes à 33°,

survient, sous l'influence de cette médication, des névralgies pelviennes souvent difficiles à guérir.

Les injections d'eau à la température du milieu ambiant (15° à 18°) ne modifient que très peu l'état congestif du bassin, aussi ne sont-elles applicables qu'aux personnes bien portantes, encore ont-elles l'inconvénient d'éveiller facilement la névralgie lombéo-abdominale, surtout chez les arthritiques.

Lorsqu'on projette sur un col congestionné, visible au fond du spéculum, un jet d'eau chaude à la température de 40° à 45° on voit, comme pendant l'injection d'eau très froide, le col diminuer de volume d'une façon assez notable pour que le cervicimètre puisse en donner la preuve, et la coloration violacée s'atténue considérablement. Au bout de quelques instants, à la première injection, le résultat obtenu ne se maintient pas, mais, si on recommence l'expérience plusieurs fois dans la même journée et plusieurs fois de suite, la diminution de volume du col, et la décongestion mesurée par la décoloration du museau de tanche deviennent durables et persistent d'une injection à l'autre. Ajoutons que les injections chaudes ne donnent jamais lieu à des poussées névralgiques que nous avons notées après l'emploi de l'eau très froide, et il sera bien établi que tout l'avantage est en faveur des injections chaudes.

L'eau tiède est plus spécialement calmante et sédative et convient dans les cas où la sensibilité des organes pelviens est très vive sans qu'il existe d'état congestif très accentué. L'eau très chaude (40° à 45°) est non seulement décongestive, mais encore hémostatique et résolutive et tonique ; elle convient dans tous les cas où l'on veut décongestionner le bassin, diminuer les flux hémorrhagiques, favoriser la résorption des exsudats périmétriques ou réveiller la vitalité de l'utérus en état de subinvolution après un accouchement ou une fausse couche. C'est dire que les injections chaudes sont la règle et les injections tièdes l'exception.

Par injections chaudes, nous voulons dire des injections faites à une température aussi élevée que la malade peut le supporter. Dans certains cas, on peut, sans inconvénients, aller jusqu'à 48° à 50°, tandis que d'autres fois, il faut faire pendant une ou deux semaines des injections à 35° avant d'en venir aux injections très chaudes. Nous conseillons du reste de ne pas dépasser, en général, 45° à 48°.

soit 5 grammes de solution
it 20 grammes d'antipyrine.
lement être utilisée contre cer-
ier contre les hémorrhagies de

es de noyer, roses de Provins,
tate de plomb. Dix grammes de
itre d'eau tiède servent à faire
entes auxquelles on accorde
comme traitement prophylac-
u vagin ou comme adjuvant
e ces affections.

ai que pour mémoire les injec-
la jusquiame, au datura, au
n'utilise plus guère ces injec-
ement par des suppositoires
ame et à l'extrait thébaïque ou
mieux encore, dans les affec-
sous-cutanées de morphine.
tièdes à l'acide borique, à l'eau
ont parfois indiquées dans les
, à titre provisoire ; une fois
le préférence aux autres varié-
mérées, suivant les indica-

être simples et faciles à net-
nt de réservoirs d'une conte-
mum, en verre ou en caout-
chouc fermé par une pince
ciens robinets en ébonite) et
une canule métallique.

ent avec l'eau chaude et avec
en caoutchouc et les tubes en
1/4 d'heure au moins dans
e est aseptisée à l'eau bouil-
dans une solution de sublimé
e devra être rincée soigneuse-
e, puis placée dans le bain de

MÉMOIRES ORIGINAUX.

la canule métallique, rincée après chaque utilisation, est aseptisée par l'eau bouillante, puis séchée à l'alcool et maintenue dans une solution de bichlorure d'argent jusqu'au moment d'en faire usage.

L'usage des instruments est donc facile et il n'est pas possible de ne pas apprendre à faire des injections vaginales au point de vue des infections ou des

précautions de propreté se font dans la position décrite. Le réservoir contenant le liquide doit être tenu à dix centimètres au-dessus du siège de la malade. La pression toujours suffisante et sans danger pour les injections curatives doivent être prises dans la position décrite. Si la malade peut le faire, le mieux est de la faire passer par-dessus de son lit, les pieds appuyés sur deux chaises, posant sur une alèse de toile caoutchoutée (qui doit être changée avant chaque injection) pliée en deux, le réservoir de l'injection dans un réservoir disposé sous les jambes de la patiente. Si la malade ne peut le faire sans inconvénients, on lui glissera sous le dos un tube de déversement qui portera le réservoir disposé près du lit.

Les injections faites par le médecin lui-même, se font soit avant une intervention quelconque, soit après, de la façon suivante. Les mains de l'opérateur ont été aseptisées au préalable, la vulve est lavée avec une solution antiseptique. On introduit l'orifice vulvaire avec deux doigts de la main droite, dans le vagin, la canule tenue de la main gauche, doit déplier successivement tous les centimètres les irriguer minutieusement, aidée au besoin par la main gauche qui la dirige dans sa marche ; il faut avoir soin de laver toute la paroi postérieure où se cantonne souvent la bécot et où stagnent les sécrétions de l'utérus. Quand on est à fond, on irriguera de même successivement le vagin d'arrière en avant, jusqu'à ce que le liquide s'écoule. Après l'injection (et cette précaution est

is au sublimé), on essuiera avec soin
teur et surtout au niveau du cul-de-
oulettes d'ouate hydrophile, de peur
trop grande de sublimé et par suite

tiquées, ont réellement une action
négliger, alors même qu'on ne donne
a malade ; elles sont le prélude obligé
rgicale portant sur les organes généri-
mrait les faire avec trop de soins.

s très prolongées peuvent être indi-
es d'hémorragies liées à l'existence
n épithélioma du col. M. Chéron a
des de 40 litres de liquide, faites, en
ans le cancer utérin inopérable, dont
avis, un bon traitement palliatif, en
en désinfectant les sécrétions du néo-
en retardant son évolution. Dans les
meurs fibreuses, on utilise, au con-
ides (45° à 48°).

prolongées sont contre-indiquées, chez
lies, ayant des règles peu abondantes,
une aménorrhée rebelle. Nous avons
échées depuis cinq à six mois, un an
reparaître parce qu'on avait abusé,
chaudes. La superinvolution n'est pas
constances. Après le curettage, les
vent être la conséquence d'irrigations
et trop prolongées. Il ne faut donc
aitement qu'avec prudence et quand
en évitant de continuer cette médica-
e.

stinés à pratiquer les irrigations va-
s remarquable, celui qui remplit le
s et permet d'employer les irrigations
ng qu'il en est besoin, sans fatigue

Les injections vaginales d'acide carbonique ou de chloroforme ont été conseillées autrefois par Scanzoni, dans les névralgies pelviennes et dans la dysménorrhée. Elles sont abandonnées aujourd'hui et il est inutile de nous y attarder. (*A suivre*).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 février 1895.

TUMEUR ABDOMINALE.

M. ROUTIER fait un rapport sur une observation adressée par M. Potherat. Il s'agit d'une femme qui avait une tumeur abdominale, sur la ligne médiane, se portant un peu à droite. Pensant avoir affaire à un kyste ovarique, M. Potherat fait la laparotomie médiane et se trouve en présence d'une tumeur recouverte par l'épiploon et un lacis vasculaire partant de cet épiploon. Il y fait une boutonnière pour arriver sur la tumeur et la décortiquer ; celle-ci lui vient facilement dans la main ; elle n'avait pas le moindre pédicule. Il restait une surface cruentée, saignant peu d'ailleurs. M. Potherat referme le ventre sans avoir eu à lier de pédicule. Cette tumeur du mésentère, grosse comme une tête d'adulte, était en grande partie solide avec quelques parties kystiques. C'était un sarcome à grandes cellules.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE.

Séance du 10 janvier 1895.

AVORTEMENT BRUSQUÉ DANS UN CAS D'HÉMORRHAGIE GRAVE DUE AU DÉCOLLEMENT PLACENTAIRE, AU COURS D'UNE FAUSSE COUCHE PROLONGÉE. — INCISIONS LARGES DU COL UTÉRIN.

M. DOLÉRIS. — Le cas dont l'observation suit est un de ces exemples exceptionnels de la possibilité d'hémorrhagies graves et répétées au point de devenir menaçantes pour la vie, au cours d'un avortement prolongé.

Dans cette circonstance, le décollement du placenta s'est fait

LE DES SOC

es, comm
modificati
lu corps u
L'œuf est
ple se repr
ient abon
très aném
équantes,
ingulière,
ement vag
sang, j'ai
e. C'est di
s destinés
ou brusqu
de larges
s utérine.
ables, a h
rédigée pa
gée de 23
ité de la l
taires : Pé

nelz : Jan
s règles fi
l à des ép

lle fut enc
le évolua
e fœtus s
agie abor
nce et qu
le eut lieu
hémorrh
e, et n'ob
rte eut un
t lieu à 8

aujourd'hui

3^e Grossesse. — Pendant toute la durée de cette grossesse, la malade eut d'abondantes et continuelles hémorrhagies. Elles commencèrent au 2^e mois et durèrent jusqu'à 6 mois, époque où se fit l'expulsion de l'œuf. Parmi ces hémorrhagies, une fut plus particulièrement abondante ; elle eut lieu au 4^e mois de la grossesse ou plus exactement au 27 février 1893.

Elle s'accompagna de tous les symptômes habituels des grandes hémorrhagies ; tendance aux vertiges, aux lipothymies, à la syncope ; refroidissement des extrémités, si bien que la sage-femme appelée auprès de la malade pratiqua le tamponnement vaginal. L'hémorrhagie cessa, mais la malade restait encore très déprimée et dut garder le lit pendant un mois environ. Ce n'est que deux mois après cette hémorrhagie que se fit l'expulsion de l'œuf. Au moment de la délivrance, la quantité de sang fut minime, absolument normale.

4^e Grossesse ou grossesse actuelle. — Les règles eurent lieu pour la dernière fois au 11 août 1894. Dans le courant du mois qui suivit, la malade observa la série des phénomènes sympathiques qui s'étaient présentés au début des grossesses précédentes : gonflement des seins, picotements, nausées, vomissements, etc. Ces troubles permirent d'assurer la date de début de la grossesse ; bientôt, au 2^e mois, apparurent des hémorrhagies.

Elles eurent lieu pendant toute la durée de la gestation c'est-à-dire depuis le commencement d'octobre jusqu'au 2 janvier 1895, époque de l'expulsion.

Elles furent peu abondantes, mais continuelles au début, la malade ne restant pas un jour sans perdre une petite quantité de sang, malgré le repos absolu au lit, observé depuis le début de ces hémorrhagies.

Le 17 décembre, la malade fut prise de petites douleurs qui simulèrent un début de travail, si bien qu'elle se fit transporter à l'hôpital ; après son arrivée, les douleurs cessèrent complètement, mais les hémorrhagies continuèrent, augmentant d'abondance, et se répétant à des intervalles très courts.

Vers le 22 décembre, nouvelle apparition des douleurs, faisant penser encore à un début de travail, disparaissant au bout de quelques heures.

Le 25 décembre, nous procédons à l'examen complet de la malade.

Les bougies d'Hégar présentant un calibre insuffisant, on recourt au ballon de Barnes ; un premier ballon mis dans le col éclate sous la pression de l'air ; un second est introduit, puis retiré ; mais pendant la distension de ce ballon, sous l'influence de la dilatation forcée du col, la malade perd subitement connaissance, le pouls devient encore plus faible, les pulsations disparaissent ; on est alors obligé de recourir aux piqûres d'éther, de caféine, au Todd.

Au bout de quelques minutes, la malade revient à elle ; on peut reprendre l'opération.

La dilatation du col est insuffisante pour donner passage au fœtus. L'orifice interne reste obstinément contracté et dur.

M. Doléris sectionne alors latéralement le col, dépassant dans sa section, l'insertion du cul-de-sac du vagin pour aller intéresser le sphincter cervical jusqu'au-dessus de l'isthme, qui est également contracté. Dans cette section, l'opérateur se tient dans le tissu utérin, évitant, par conséquent, l'incision du vagin et l'ouverture des plexus veineux qui siègent au niveau du dôme vaginal.

On ouvre la poche des eaux qui est intacte ; il s'écoule un liquide très fortement coloré en brun.

On procède à l'extraction du fœtus, qui ne peut se faire que par fragments.

Pour cette extraction, on se sert d'une pince ovale à larges fenêtres.

On retire successivement les membres inférieurs, les viscères de l'abdomen et du thorax. Le thorax et les membres supérieurs viennent facilement ; on broie la tête, pour permettre son passage.

On procède alors à l'extraction du placenta, qu'on retire très facilement en l'enroulant autour d'une pince, fenêtrée et dentée. Derrière le placenta, entre lui et le fond de l'utérus, on retire un grand nombre de caillots, les plus anciens fibrineux, les autres plus ou moins récents, cruoriques, de coloration noirâtre, dont le poids est évalué à 240 gr.

Le placenta pesé à part est de 240 gr. Les fragments du fœtus sont de 330 gr.

Un curetage, un écouvillonnage et une injection intra-utérine complètent l'opération.

147

u ci

, on

per

tan

qui

a l'

e a

ren

O g

nté

un

de

rde

pté

este

gr

qu

neul

ne,

int

gr

cur

e l

gér

it ;

gra

n d

lton

q

érai

ure

e fa

om

les

Traitement. — Glace sur le ventre, pour diminuer la douleur; 40 grammes de sérum, une piqure de caféine.

J'ai hésité quelque temps au début pour savoir à quelle cause je devais attribuer la fièvre, mais j'en ai pas tardé à me ranger à l'idée d'une infection légère. Cela, d'autant que l'ancienneté de l'hémorrhagie et la pénétration facile et probable des germes du vagin dans l'utérus, avant même l'intervention, prêtaient à cette idée quelque vraisemblance, malgré l'antisepsie soignée à laquelle j'avais procédé.

N. B. J'ai eu plus tard l'explication de ces accidents. En examinant directement le col de la malade, j'ai trouvé la commissure droite du col partiellement désunie et une trace d'eschare à ce niveau témoignait d'un point infecté. De là, la sensibilité utérine à droite et les phénomènes fébriles qui ont été sans doute exaltés par l'état anémique profond.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

GROSSESSE TUBAIRE.

M. MALHERBE présente les annexes de l'utérus d'une femme âgée de trente-quatre ans qui entra à l'hôpital avec tous les symptômes d'un étranglement herniaire. Cette malade portait une tumeur inguinale et on fit l'ouverture du sac; on trouva du sang liquide et un caillot, que l'on suivit jusque dans l'abdomen, provenant de la rupture d'une des trompes. Après nettoyage de la cavité abdominale, on fit l'ablation des annexes; on vit qu'il s'agissait d'une grossesse tubaire. La tumeur est du volume d'une noix, on ne découvre ni cavité amniotique ni villosités à l'œil nu. L'examen histologique sera fait ultérieurement.

CANCER DE L'UTÉRUS

M. PERRON signale un cas de cancer de l'utérus, avec dilatation des uretères et atrophie d'un des reins, ayant présenté complètement le tableau de la néphrite interstitielle classique. L'œdème très intense et persistant du membre inférieur droit, dû à la compression de la veine iliaque par des ganglions cancéreux, pouvait seul faire songer à un néoplasme.

MM. MARIE et RABBÉ montrent le cœur d'un individu de

REVUE DE LA PR

i'ayant jamais eu
is deux mois de la
sistait en une trai
du ventricule gau
rineux ; MM. Mar
infarctus survenu
lelle interventricul

E DE LA

VULVITE A GONOCOQ UN THERMOMÈTR

ON (de Lyon). — N
ie de vulvite à gonu
connaître, après un
iation était le therm
ciale.

de cette épidémie fu
écoulement riche e
opèrent dans cette
s irrégulièrement,
mination de l'épidé
s, une typhique, fu
le ces deux faits é
par le thermomètre,
ures étaient prises,
En effet, la tempér
nos malades par le
mis à leur dispositi
npé rapidement dai
vec un linge et plo
son glissement. Ca
t.

ar le thermomètre
démie. La températ
ations se faisant au

était chargée et qui passait de droite à gauche, d'un bout de la salle à l'autre, comme l'épidémie décrite. D'autre part, la rapide dissémination à partir du jour où la vulvite se déclara chez une enfant atteinte de fièvre typhoïde prenait une signification très claire, puisque nos typhiques baignées subissent l'introduction du thermomètre huit fois par jour et souvent seize fois. Il y avait évidemment là, dans l'hypothèse où nous nous plaçons, une justification des faits observés. Au surplus, les mesures prophylactiques employées fournirent la preuve décisive que le thermomètre était bien l'agent de transmission de la vulvite chez nos malades.

Fait intéressant, nous avons observé, concurremment avec les vulvites à gonocoques, d'autres vulvites sans gonocoques. Ces dernières étaient toutes d'importation. Pas une ne fut contractée dans le service ; c'est là une nouvelle preuve en faveur de la distinction radicale qu'il y a lieu d'établir entre les deux ordres d'écoulement.

Jamais l'inoculation n'a été anale.

M. E. DUPRÉ rappelle, à propos de la communication de M. Well, qu'en 1889 il a communiqué à la Société de biologie le résultat de recherches bactériologiques par lesquelles il démontrait expérimentalement la spécificité gonococque de la vulvo-vaginite infantile.

(*Bull. méd.*).

ENTÉROCÈLE VAGINALE,

par C. A. DAIGLE, M. D., MONTRÉAL.

L'entérocele vaginale est produite par la descente de l'intestin grêle dans le canal vaginal. Cette descente s'effectue de la manière suivante : Une anse intestinale emprisonnée dans le cul-de-sac de Douglas, dilate ce prolongement séreux et vient s'appliquer entre le rectum et le vagin dont il déprime la paroi. La souplesse de ces parties chez certaines femmes et la pression exercée sur l'intestin vaginal par l'utérus gravide produisent cette descente. Il peut se faire une inversion complète du vagin qui se trouve repoussé entre les grandes lèvres où il se forme une tumeur sphérique, pyriforme, remplie d'anses intestinales. On constate par le toucher la présence de cette tumeur. Elle est réductible et laisse après sa réduction une dépression notable de la paroi vaginale. Elle a tous les caractères des autres hernies ; elle augmente de volume par la station verticale, la toux et les efforts. La femme peut éprouver un sentiment de gêne, de pesanteur et des troubles du tube digestif.

miers symptômes du travail. La malade est placée aussitôt sur son lit, un coussin sous le siège afin d'aider la réduction et la contention. L'intestin est refoulé dans l'abdomen par le taxis, mais comme il peut de nouveau glisser dans le vagin, la malade est priée en autant qu'elle le pourra de ne point faire d'efforts avant les grandes douleurs, c'est-à-dire avant la dernière période du travail, avant que la tête soit engagée dans la filière pelvienne et fasse l'office d'un bandage naturel.

L'intestin est surveillé en même temps que la dilatation et l'engagement de la tête ; et un tampon est tenu prêt à être mis en place pour le maintenir constamment si la chose devient nécessaire. Mais tout va bien : la femme ne fait pas trop d'efforts et laisse travailler son utérus seul jusqu'aux douleurs expulsives. La tête s'engage, la mère est alors avertie qu'elle peut s'aider et l'accouchement se termine promptement et heureusement. Rien ne se déclare dans la suite indiquant que l'intestin a souffert.

Cette femme n'a pas conçu depuis, et la descente de l'intestin qui avait due être causée par la compression intérieure exercée par le fœtus, ne s'est pas reproduite d'une manière sensible.

J'ai noté ce cas non qu'il soit d'une grande difficulté de diagnostic et de traitement, mais parce qu'il s'observe rarement et offre par sa nature un certain intérêt.

(Un. méd. du Canada).

UNE GROSSESSE DE ONZE MOIS.

L'an dernier, M. BENSINGER a rapporté, dans *Centralblatt*, l'histoire d'une femme de 27 ans, tertipare. Les dernières règles ont apparu entre le 10 et le 15 août et des signes de grossesse ont fait leur apparition en septembre.

L'accouchement attendu, fin mai s'est produit le 12 juillet.

Le travail a duré 12 heures et a pris fin par l'expulsion naturelle d'un garçon vivant du poids de 6 kilogr. et mesurant 58 centimètres de long. La largeur des épaules était de 18 centimètres.

Voici les principaux diamètres céphaliques : OF, 12,75 centimètres ; OM, 15 ; SOB, 10,5 ; BP, 10,25.

L'auteur estime que ce cas se rapporte bien certainement à une grossesse prolongée de près de 2 mois.

Il n'est pas mauvais, en médecine légale, de se rappeler que par

REVUE DE L
se peut avoir un
oi (300 jours au

MENTALES SUR
UR LA PÉRITONITI
EFF. — Mes rech
le péritoine, c
ombre de ces cl
; d'autres chier
e, sans interven
s animaux lapar
plus ou moins l
atiqué en détail
ver, à la suite d
iberculeuse des

st possible qu'au
à une période
pas la guérison,
ne survie plus le
sus de régressio
après la laparot
ire caractérisée
gocytose et le d
ccessus réaction
, ne suffit pas p
Sous l'influence
iels la laparoton
les tissus qui
s embryonnaire
i foyer, et entre
ents jeunes s'or
t la transformat
erculose périssen
ue l'action cur
erculeuse tient à
iers, il faut con

la laparotomie ; les influences thermiques de la cavité abdominale et, peut-être en l'ensemble de ces phénomènes agit la fièvre malade, et cette irritation est d'intensité plus ou moins intense, indispensable ;

la Vierordt et à celle de Riva, l'évacuation de la cavité abdominale ne constitue pas la guérison. Dans mes expériences, la guérison de la tuberculose s'observait justement quand on ne trouvait pas de liquide dans

parmi les animaux assez sensibles à
(*Le Bulletin médical.*)

DANS UN SERVICE DE GYNÉCOLOGIE

observer trois cas de tétanos dans son service de huit mois et avec une bonne foi avoir été deux fois la cause.

infectée quand elle arriva à l'hôpital. quatre jours après un avortement, elle mourut du cou. L'avortement et le tétanos furent consécutifs à un coup de pied donné à nu sur la vulve. Sous l'influence des soins, les symptômes diminuèrent, mais pour peu de temps. Des fragments placentaires, M. Meunier, y introduisit une sonde de Bozeman pour les ramener. La malade succomba après quelques jours.

cas de cancer de l'utérus. Elle subit l'ablation vaginale de cet organe après la première de ces interventions. Elle mourut du tétanos treize jours après une sal-

s'était servi de la même sonde de Meunier, M. Meinert pense que cet incident est la source de l'infection ; infecté par la sonde, il a communiqué les deux autres. Et de fait,

tumeur s'avance dans la profondeur de la délimiter sans trop faire souffrir, puis revient sur lui-même. Le vulvaire ne souffre aucune difficulté

ce et à l'emploi des antiseptiques l'af-
e. Le 4^e jour après l'accouchement,
malade et après trois semaines de sé-
lever.

température. Cependant au niveau
re de la dimension d'une tête d'épin-
sonde fine à une profondeur de 5 cen-

(Journal d'accouchements.)

Dr LAMBINON.

DE FEMME A BASSIN NORMAL AU COURS
CALE MÉCONNUE (LOVIOT) (1).

rice que j'avais placée vint me trouver
rignait, en raison de certains signes,
pour avoir mon avis à ce sujet. Après
ment de la nourrice, je l'examinai et
mois environ, assez nettement pour
if.

le la cliente et la nourrice, quand la
urrice s'était présentée peu après mon
déclarée enceinte, mais qu'elle n'en
quelques jours, que la susdite avait été
nos hôpitaux parisiens et qu'on avait
immédiatement à crier.

ur savoir si le fait signalé était exact,
qu'après avis du chirurgien et de l'ac-
n, et en raison des affirmations de
struée, en sa qualité de nourrice, et
ceinte, on était intervenu avec le ré-

Loviot, à la séance du 7 juillet dernier

port
int t
réci
irs t
ontu

ts c
tu
ubli
gne
de
a st
s pl
'on
apr
nd c
ite-i
ven
'est-
itrd

N(

E DE
Fri

JE, I
le h
ux
Pæ
u l
tern
ès a
er. '

la gynécologie ; M. le professeur
 le professeur Lannelongue (de Paris)

—

le gynécologiste bien connu de Phil-
 gué 50,000 dollars (250,000 francs)
 iversité de Philadelphie, et 10,000
 iladelphie.

—

OLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE EN 1896.
 à Genève, en septembre 1896, on
 qui sont mises à l'ordre du jour :
Traitement chirurgical des rétro-
des rétrécissements pelviens dans
re méthode de suture abdominale
Traitement des suppurations pel-

—

deuil, vient d'être autorisé, par ar-
tral de renseignements en vue de
ices sur lieux, et le placement d
siens.

en des familles. En effet, dans les
 Paris, où la jeune femme, devenue
 en rarement à allaiter elle-même
 mercenaire s'impose chaque jour
 les personnes à la recherche d'une
 our un bébé malade, sont toujours
 eaux de nourrices ne pouvant que
 es nourrices de bonne qualité.

ages-femmes pourront, par l'inter-
 irer à leurs fragiles petits clients
 sur lesquelles des renseignements
 r les médecins de leur pays d'origi-
 ées dans ces conditions présente-
 mme de garanties.

rice du docteur Toussaint rendra
 i parisienne.

—

pas obligé, qui devait faire cette déclaration, ni père, ni accoucheur, ni témoin au-

ut de rien moins que de faire supprimer faire cette déclaration, mais ne voulant police, j'ai adopté la formule suivante :

..., âgée de 21 ans, domestique, à....., est sexe masculin ; — appelé à lui donner mes mort. »

En ce cas, le médecin se trouve toujours fort exemples ont prouvé surabondamment qu'il la précaution à négliger, quand sa responsa-

et que le médecin qui se trouve en présence a pas assisté à l'accouchement, n'a aucune pas assisté à l'accouchement, il n'est pas le civil.

ion, demande notre confrère ? — Cela im-ant pastenu à une déclaration, ne doit pas lque formule qu'il adopte, il éveillera tou-

de l'enfant ? Pas davantage. Il doit, à no-anière absolue.

de semblables circonstances, le médecin mieux à faire que de se retirer purement de faire aucune constatation d'aucune

(Concours médical.)

BIBLIOGRAPHIE

Madame Mazurel, par Paul ABRAU. Un volume d'Éditions scientifiques.

Ce volume ont tous pour point de départ une ou pathologique observé. De ce fond de ce ou sinistre, l'auteur a essayé de faire sur-situations nouvelles. Hélène Mazurel, Frapol, etc., autant de figures esquissées à grands lées.

La partie de cet ouvrage où se trouvent résumés, d'une façon claire et précise, les caractères cliniques de chaque affection et les moyens thérapeutiques efficaces pour la combattre, présente une très grande utilité pour les étudiants : au moment des examens, ils y trouveront un résumé précieux de tout ce qu'ils doivent connaître. En dehors des avantages qu'il offre aux praticiens, le *Formulaire* de M. G. Viau est donc indispensable à l'étudiant qui se présente à l'examen d'Etat, à la Faculté, pour l'obtention du diplôme de Chirurgien-Dentiste.

IV. Traité médico-chirurgical de l'Hépatite suppurée des Pays chauds. Grande abcès du foie, par L.-E. BERTRAND, médecin en chef de la Marine, ancien professeur aux Écoles de médecine navale, membre de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, et J. FONTAN, professeur de chirurgie navale et de chirurgie d'armée à l'École de médecine navale de Toulon, membre correspondant de la Société de chirurgie. In-8° raisin de 732 pages, avec tracés et figures. Société d'Éditions scientifiques.

Le livre que MM. Bertrand et Fontan présentent au public médical, est la plus complète des monographies de l'hépatite suppurative.

Officiers supérieurs du corps de santé de la marine, professeurs aux écoles de médecine navale, chefs d'importants services de médecine ou de chirurgie, dans les hôpitaux maritimes et, plus particulièrement, à l'hôpital Saint-Mandrier, lieu principal, sinon unique, de débarquement pour les malades rapatriés par les transports de l'Extrême-Orient, établissement nosocomial aussi riche en sujets d'étude, pour la pathologie coloniale, que n'importe quel hôpital du plus malsain des pays intertropicaux. MM. Bertrand et Fontan possédaient l'autorité scientifique requise, et les éléments matériels voulus pour écrire un livre qui, comme le leur, fût, tout à la fois, une œuvre personnelle et la synthèse des meilleurs travaux que compte, sur ce sujet, la littérature médicale de tous les temps et de tous les peuples.

Le livre comprend onze chapitres : Le premier est une étude *historique générale*, avec citations et commentaires. Le second traite de la *distribution géographique* de l'hépatite suppurative. Pour apprécier la fréquence relative de cette maladie sur les divers points du globe, les auteurs se sont, comme ils le disent, efforcés de substituer des chiffres aux formules conventionnelles de la plupart des traités. Ce n'est pas leur faute, si les statistiques qu'ils produisent à cet effet, ne sont pas, absolument toutes, récentes et inédites. Le troisième est relatif à l'*anatomie pathologique*. Un grand nombre de nécropsies, d'examen histologiques et d'expérience sur les animaux ont permis à MM. Bertrand et Fontan de contrôler sur ce point, les travaux antérieurs, de les confirmer, de les compléter ou de les rectifier au besoin. Le quatrième est un exposé analytique et critique des *causes* présumées ou certaines de la maladie dont ils s'occupent. La dysenterie est, pour eux, comme pour tous les médecins versés dans la pathologie coloniale, le grand facteur étiologique des suppurations du foie. Le cinquième est une étude de *pathogénie*. Le sixième se rapporte à la *symptomatologie générale*. Les formes type, fruste, larvée et de l'hépatite, y sont soigneusement étudiées. Le septième consacre, aux *migrations* des abcès, tous les développements que comporte cette intéressante question. Le huitième traite de la *symptomatologie analytique*. Il compte plusieurs paragraphes absolument neufs. Les complications et suites font l'objet du

Pendant l'impression de ce catalogue a paru la *Deuxième édition augmentée*, de cet excellent *Guide de diagnostic Gynécologique*.

Prix de la Deuxième édition revue et augmentée : 6 francs.

VI. — L'Islande et l'archipel des Færœr, par le D^r H. LABONNE.

La belle collection des voyages illustrés, publiée par la maison Hachette, vient de s'augmenter d'un nouveau et très original volume : *L'Islande et l'archipel des Færœr*, 2^e édition, par M. le D^r Henry LABONNE, chargé de mission. L'auteur, dont les travaux et les conférences sur la « terre de glace » ont été justement appréciés des personnes qui s'intéressent à la science géographique, nous conduit successivement à Reykjavik la capitale, aux Geysers qui lancent vers le ciel leurs colonnes d'eau bouillante, au fameux volcan de l'Hékla, dont il fait l'ascension ; dans le Nord habité des rennes, des phoques, des ours blancs, des renards bleus, etc., etc. Puis, revenant au Sud, nous partageons avec lui la vie de nos trois mille pêcheurs d'Islande, nous voyons leur dur labeur, nous tremblons aux dangers qu'ils courent, nous pleurons sur ces malheureux compatriotes qui viennent trop souvent hélas terminer dans une tempête une existence dont le livre nous révèle les luttes courageuses et émouvantes. Passant au milieu des terres, nous traversons d'affreux déserts, nous franchissons maints grands fleuves à dos de cette merveilleuse petite bête qui se nomme le *poney-islandais*, et que le D^r Labonne nous force à aimer tant il emploie d'expressions tendres à l'égard de son intelligente monture.

Les Boers (huttes des paysans) n'ont plus de secrets pour nous. Nous en connaissons les habitants aux mœurs primitives et patriarcales ; nous vivons au milieu d'eux sept mois dans la nuit perpétuelle et au printemps nous saluons par la petite fenêtre le retour du soleil qui, cinq mois durant éclairera sans se coucher la prairie verdoyante ou le Jökull glacé aux cimes éblouissantes de neige immaculée.

Tout cela écrit avec un style vif, souple, facile et d'une mobilité si peu accoutumée qu'il semble que comme l'auteur, l'on parcourt tout le pays de « glace et feu » au galop du cheval islandais.

Cette description d'une île si peu visitée, quoique si grandiose de sauvagerie, nous promet un jeune auteur de voyages qui, s'il continue ses explorations, ne manquera pas de faire honneur à son pays. Dès maintenant nous pouvons assurer à ce premier livre, orné d'une magnifique carte et de 57 gravures exécutées pour la plupart, d'après des photographies prises par l'auteur lui-même, un grand succès. Son récit a sa place marquée dans toutes les bibliothèques.

VII. — Les fistules consécutives à l'hystérectomie vaginale, par le D^r A. GALLEY, chirurgien de l'hôpital Saint-Jean. (Communication faite à la Société belge de gynécologie.) Bruxelles, Lamertin, 1895.

Dans cet important et intéressant mémoire, le D^r Gallet divise les fistules consécutives à l'hystérectomie vaginale en cinq catégories :

- 1^o Les fistules péritonéales ;
- 2^o Les fistules vésicales ;
- 3^o Les fistules urétérales ;
- 4^o Les fistules compliquées.

Il discute, avec observations à l'appui, le mode de traitement applicable à chaque cas, et rapporte les recherches intéressantes qu'il a faites, sur

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

23. — Un nouveau traitement des métrorrhagies, par le Dr LABADIE-LAGRAVE, Médecin de la Charité. — On sait combien sont rebelles les hémorrhagies placées sous la dépendance d'altérations de la muqueuse utérine, aussi bien dans le cas de simples endométrites que dans celui de fibromes intrapariétaux ou sous-muqueux. On avait, il y a quelques années, représenté le curettage comme un procédé toujours efficace de guérison pour l'endométrite ; mais cette opération est loin d'avoir donné et de donner toujours les résultats promis et espérés ; — aussi s'est-il opéré une réaction et restreint-on aujourd'hui, dans certains cas, l'intervention par la curette, pour recourir à l'emploi de topiques destinés à modifier plus lentement mais moins brutalement la muqueuse utérine.

Il en est de même pour les hémorrhagies placées sous la dépendance de fibromes sous-muqueux, avec agrandissement de la cavité utérine et endométrite fongueuse. Contre ces hémorrhagies, le curettage échoue presque toujours ou, du moins, s'il amène leur suppression, celle-ci n'est que momentanée ; les hémorrhagies reparaissent au bout d'un intervalle plus ou moins long.

Les raisons de ces échecs du curettage et de cette ténacité des hémorrhagies utérines sont de deux ordres : elles tiennent en premier lieu à la nature infectieuse des lésions de l'endomètre, dans la plupart des métrites hémorrhagiques simples, sans lésion profonde de la paroi. Dans les métrites d'origine fibromateuse l'infection est aussi un des facteurs de la reproduction des altérations végétantes ou fongueuses de l'endomètre. En effet, des microbes pathogènes pénétrant à travers le col plus ou moins entr'ouvert, dans la cavité utérine dilatée, trouvent un terrain propice à leur pullulation dans la muqueuse dégénérée, congestionnée, et jouent le principal rôle dans la pathogénie des fongosités. Que l'on intervienne par le curettage suivi d'irrigations antiseptiques, d'attouchements avec des liquides microbicides et modificateurs (créosote, acide phénique, etc.), on

douin (1), est supérieure à celle du perchlorure de fer et de l'ergot. L'antipyrine, d'après les résultats des expériences de ces deux auteurs, réalise une hémostase plus rapide et son application sur une plaie provoque une sorte de rétraction des tissus voisins, qui rapproche les bords de la solution de continuité.

On a aussi administré l'antipyrine à l'intérieur contre les hémorrhagies utérines; Chouppe, en 1887, a le premier attiré l'attention sur l'emploi de ce médicament en gynécologie; il a signalé l'antagonisme de l'antipyrine et de l'ergot de seigle sur les fibres utérines. Dans un cas de violentes coliques survenues à la suite de l'ingestion d'une forte dose d'ergot de seigle donnée pour arrêter une hémorrhagie, un lavement de 2 grammes d'antipyrine supprima en même temps et très rapidement les douleurs et la perte sanguine. Hénocque, Windelschmidt, Huchard, Chéron, Miraschi ont employé avec succès l'antipyrine à l'intérieur contre les hémorrhagies utérines.

Cette action est confirmée par la diminution ou la suppression de règles qu'on a vu se produire à la suite de l'administration de l'antipyrine par la bouche ou en injections sous-cutanées (Huchard, Miraschi, Combemale, etc.). Elle serait due à une vaso-constriction périphérique et à une vaso-dilatation profonde simultanée (Rondot). Employée localement en poudre ou en solution, l'antipyrine détermine une coagulation du sang, dont les caractères particuliers ont été décrits par M. Hénocque, action à laquelle vient probablement se joindre comme adjuvant la vaso-constriction.

Quant à l'action antiseptique de l'antipyrine, elle n'est pas douteuse, d'après les recherches et les expériences de MM. Hénocque et Ardouin, Gouël, P. Loye, Cazeneuve et Visbeck.

Avant mes propres recherches l'antipyrine n'avait été employée localement en gynécologie que par le D^r Robinson (de Constantinople (2)) qui, dans un cas de métrorrhagie rebelle à tous les autres moyens, avait appliqué des tampons vaginaux imbibés d'une solution à 5 0/0, et avec succès; mais personne n'avait porté directement l'antipyrine dans la cavité utérine.

D'ailleurs on se heurtait à des difficultés assez sérieuses pour arriver à utiliser l'antipyrine comme pansement intra-utérin. L'emploi, dans ce but, de cette substance en poudre est peu pratique, serait souvent infidèle, car on ne sait si elle s'étendrait sur toute la surface

(1) ARDOUIN. *Thèse de Paris*, 1895.

(2) *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 4 mars 1889.

REVUE DE THÉRAPIE

u si elle limiterait son action
yée en solution, elle serait
quantité introduite. Il ne faut
tat liquide, en raison de
n (110°) ; pourtant sous ces
cratas que j'ai formulés. . .
me substance fondant à 1
: trouver un mélange de
: sur la fusion des sels :
possible à celui de l'anti
température s'abaisse au-d
choix s'est porté sur le sal
et de sa liquéfaction à 4
ches à ce sujet et leurs ré
élève, le Dr E. Bralant (*T
traitement des métrites*)
5). — Les premières appli
de salol et d'antipyrine
datent de 1893 ; les résult
m'ont engagé à persévérer
un assez grand nombre de
ménorrhagies, dans ma
ce de la Maternité, et j'ai
ement intra-utérin au mo
cer ulcérés.

ce est des plus simples, d'a
oranément le liquide à et
a lampe à alcool un tut
de salol et d'antipyrine ;
tes, et l'on obtient un liq
ant de se solidifier rapide
soustrait à l'action de la c
on on n'a qu'à continuer
une couleur franchement
mment longtemps en fus
luire ce liquide dans la ca
ce en osier, portant enro
te hydrophile. Après m
mpon d'ouate dans le mé

salol, refroidi à une température tolérable pour l'utérus ; j'introduis le tampon placé à l'extrémité de la tige, dans la cavité utérine, sans exercer de pression trop considérable, et je fais un badigeonnage de toute la cavité. Retirant ensuite le tampon, je l'imbibe à nouveau et fais ainsi 2 ou 3 applications successives, selon l'importance de l'hémorrhagie ; puis je laisse dans le vagin un tampon d'ouate imbibé de glycérine créosotée, et je recommande le repos au lit.

Ces applications, ainsi que le fait remarquer le D^r Bralant, qui a décrit mon procédé opératoire, ne sont nullement douloureuses ; elles n'ont aucun inconvénient et n'ont jamais provoqué le moindre accident. Aussitôt après les badigeonnages, « l'hémorrhagie s'arrête, c'est à peine si la femme perd encore quelques gouttes de sang dans la journée, et le jour suivant il n'y a plus de trace d'hémorrhagie. Aussi est-il rare qu'on soit obligé de refaire une deuxième application le lendemain. »

Le D^r Bralant cite à l'appui de la valeur de ce procédé 15 observations tirées de ma clientèle privée et de mon ancien service de la Maternité.

La 1^{re} observation a trait à une dame de 40 ans, sujette à des métrorrhagies abondantes pour lesquelles on avait fait un curettage ; à la suite les pertes cessèrent pendant un an, puis reparurent abondantes. Le 1^{er} juillet 1893, après 2 applications d'antipyrine salolée, les pertes cessèrent et n'ont pas reparu. La santé de cette dame est excellente.

La malade qui fait le sujet de la 2^e observation, était atteinte d'un sarcome de l'utérus avec cachexie imminente. Une application d'antipyrine salolée supprima, en 1893, les métrorrhagies. Une hémorrhagie foudroyante se produisit à la suite d'un massage intempestif, quelques mois après ; elle fut immédiatement arrêtée par un badigeonnage intra-utérin du même mélange.

La malade de l'obs. III venait de faire une fausse couche avec rétention de placenta et hémorrhagie très abondante, fièvre intense (40°). J'extirpai le placenta, j'éouvillonnai l'utérus avec l'antipyrine salolée liquide et je fis un tamponnement de gaze iodoformée. Arrêt de l'hémorrhagie, défervescence rapide.

OBS. IV. — Métrorrhagies causées par un fibrome, et ayant résisté aux injections d'ergotine à l'hydrastis, à l'électrisation intra-utérine. Badigeonnage intra-utérin d'antipyrine salolée liquide et application d'un tampon vaginal imbibé du même mélange. Arrêt immédiat de l'hémorrhagie.

REVUE

avec le
on d'a
ouveau
gonoc
on, et
nnage

e ave
les hé
u col.
e gonc
remier
ond bu
e hém

émori
e disp
suite d
e hém

, cons
pprim

catar
e de la

le hém
uretta
énorr.
ations
agie d
aps qu
e gon
s aboi
lolée.
étrite
de la
l'utér
ge ; l

lendemain ; suppression de l'hémorrhagie. Celle-ci recommence au bout de huit jours consécutifs les mêmes badigeonnages, suivis du même pansement. L'hémorrhagie devient insignifiante après le second et cesse après le troisième ; elle ne s'est plus reproduite. On avait en même temps institué le traitement spécifique.

Ces observations, que j'ai résumées en quelques lignes et qui ont été publiées *in extenso* dans la thèse du D^r Bralant, montrent l'efficacité rapide du traitement topique institué. Je dois ajouter que la plupart des malades avaient déjà été traitées et sans aucun succès par l'ergoline, l'hydrastis, les injections chaudes. J'ai pu les suivre et les revoir à des intervalles assez éloignés ; chez aucune d'elles les hémorrhagies ne se sont reproduites ; le traitement a guéri l'endométrite en même temps que les hémorrhagies. Celle dont le col participait à la métrite ont été soumises aux traitements ordinaires de la métrite du col, sur lesquels je n'ai pas à insister ici. Les salpingites ont été traitées après arrêt des hémorrhagies, par le procédé que j'ai publié récemment en collaboration avec M. le D^r Basset. (*Semaine médicale*, 1895, n° 2.)

Je n'ai fait qu'exposer ici la technique du procédé que j'emploie depuis deux ans contre les hémorrhagies utérines et qui m'a donné toujours de meilleurs résultats que les autres méthodes. Je ne prétends pas que le curettage soit toujours inefficace ; il est en effet des cas dans lesquels les végétations et les fongosités intra-utérines ne sauraient être enlevées que par la curette ; tous les autres procédés thérapeutiques, y compris les applications d'antipyrine salolée liquide, ne sauraient avoir qu'une action momentanée et palliative ; mais mon avis est qu'en faisant suivre le curettage d'un badigeonnage d'antipyrine salolée et d'un pansement intra-utérin et intra-cervical au moyen d'une languette de gaze iodoformée imbibée de cette préparation, on réalisera à la fois l'hémostase et l'antisepsie, et on prévendra les récidives.

Sur mes conseils et en collaboration avec M. Delépine, mon interne en pharmacie, M. Bralant a entrepris des expériences, relatées dans sa thèse, sur le point de fusion et de solidification de l'antipyrine et du salol mélangés en différentes proportions. Mes deux élèves ont fait des constatations très intéressantes, dont les principales sont les suivantes :

« En chauffant pendant un quart d'heure environ nous avons eu des mélanges restant très longtemps à l'état visqueux.

Permanganate de potasse..... 10 grammes.
Eau distillée..... 250 —

Les 2 litres de liquide sont destinés à un seul œil.

Voici le résumé de mes observations :

1° *Ophthalmies légères* : 10 cas. Avec deux irrigations par jour la guérison a été obtenue du quatrième au neuvième jour.

Ne se contenter d'une irrigation par jour que lorsque la sécrétion est devenue très légère, séro-muqueuse, qu'elle n'existe que le matin sur le bord des paupières, enfin, quand tout gonflement aura disparu et que l'enfant ouvrira bien les yeux. Elle ne devra être supprimée que lorsque toute sécrétion aura disparu. Les rechutes sont, en effet, fréquentes dans cette affection.

Je n'ai pas employé le nitrate d'argent ; mais si on y tenait, son emploi ne serait pas contre-indiqué.

Les irrigations sont à la portée de tout médecin et de toute sage-femme. Elles sont destinées à assurer un traitement *sérieux* dès le début de l'ophtalmie à tout enfant qui ne peut pas être remis entre les mains d'un spécialiste. D'après ma statistique des Quinze-Vingts, 60 p. 100 des enfants sont venus après le huitième jour de leur infection, et le traitement employé avait été absolument illusoire.

2° *Ophthalmies moyennes ou fortes sans ulcérations cornéennes* : 14 cas. — 3 de ces enfants avaient été traités pendant trois jours avec le nitrate à 1/30, mais présentaient encore de la purulence. Deux irrigations seulement par jour ont donné une amélioration notable du deuxième au quatrième jour. La guérison était généralement obtenue vers le dixième jour.

3° *Ophthalmies moyennes ou fortes, avec lésions cornéennes tardives* : 6 cas. — Deux à trois irrigations par jour ont diminué la sécrétion du deuxième au troisième jour ; l'ont tarie du septième au dixième jour et arrêté les ulcères.

4° *Ophthalmies graves d'emblée avec exsudat pseudo-membraneux et ulcérations cornéennes précoces* : 5 cas. — Avec trois ou quatre irrigations par jour l'ophtalmie a été très améliorée du deuxième au quatrième jour ; la suppuration tarie vers le huitième jour. Les ulcérations encore superficielles ont été arrêtées.

En résumé, je ferai les recommandations suivantes. Ophtalmie purulente *au début*, légère, avec peu de gonflement : deux irrigations par jour.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

htalmie n'a pas diminué, en
entre grave d'emblée, avec 4
igations par vingt-quatre heu
rendre à trois.

se aura disparu, on pourra se

depuis quelques jours et s'il
l'emblée.



Cont des métrorrhagies
de l'hydrastinine dans les 1
comme une médication nouve
RGEN vient de publier les résu

- Dans 19 cas sur 25 les hémor
abrégée, les douleurs furent so
rent. Dans tous ces cas l'amé
ua dans 4 cas, dont 3 dysmé
tat fut discutable.

s cas de ménorrhagio au sen
t notés dans 76 % (19 fois) e
4 % (6 fois), tandis que si le
à part, on aura, pour les mé
uccès (13 cas), et 15 % d'éch
énorrhée ont fourni 3 succès
ronique. — Sur 20 cas il n'
agères seulement. Echecs da
stant.

En suite des lésions des annexes
Succès durable dans les 3 cas
meur tubaire).

Pro-utérine. — Dans tous les cas
lèvement et d'une manière du
traitement.

près avortement. — Sur 18
mplètement dans 15 cas. Rés

6° *Hémorrhagie pendant la grossesse.* — Dans 3 cas seulement l'hémorrhagie cessa immédiatement après l'administration du médicament. Mais tout de même l'avortement ne tarda pas à avoir lieu. Dans les 5 cas restants on ne réussit nullement à retarder l'avortement.

7° *Myome utérin.* — Un seul succès sur 4 cas traités.

8° *Cancer utérin inopérable.* — Echec dans les 2 cas traités.

En résumé, les meilleurs résultats furent obtenus dans l'hématocèle rétro-utérine (100 % de succès), les ménorrhagies simples (85 %), les hémorrhagies après avortement (83 %) et les hémorrhagies provoquées par les affections des annexes utérines (75 %). Les résultats furent moins favorables dans l'endométrite chronique (55 %), tandis qu'ils étaient peu accusés ou nuls dans les hémorrhagies pendant la grossesse (35,7 %) et en cas de myome (25 %). Echec complet en cas de cancer utérin inopérable.

L'hydrastinine fut administrée en pilules :

Chlorhydrate d'hydrastinine..... 1 gramme

Suc de poudre de réglisse..... q. s.

p. f. pilules n° 30.

S. — A prendre, 3 fois jour, par une pilule. Le résultat obtenu n'est-il pas satisfaisant, on donnera 2 pilules trois fois par jour.

En cas de ménorrhagie, les malades recevaient une ou deux pilules par jour, pendant deux jours avant le début supposé des règles et 3 pilules par jour, pendant toute la durée des règles. Dans la dysménorrhée, le traitement était institué dès l'apparition de la douleur.

Kallmorgen n'a eu à constater, comme phénomènes secondaires fâcheux de l'hydrastinine, que des douleurs plus ou moins intenses rappelant celles du travail. (Nouveaux remèdes.)



26. — **Les résultats éloignés de la symphyséotomie,** par le Docteur HANS VON WÆRZ. — En qualité d'assistant du professeur Schauta, qui, un des premiers, appliqua la suture osseuse pour consolider la ceinture osseuse après symphyséotomie, l'auteur fut chargé de revoir les opérées.

Sur les 10 opérées, l'une est morte d'infection : cette femme fut apportée à l'hôpital après avoir subi plusieurs applications de forceps en ville.

Les 9 autres femmes ont guéri ; 7 parmi elles ont déjà pu marcher

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

au dix-neuvième jour, alors qu'il marcher que du vingt-huitième au trente. Les malades eut, au cours de sa convalescence, la plaie a suppuré.

Les malades, l'auteur n'a pu en retrouver nullement perdu leur aptitude. Ils marchent même beaucoup, manifestant des mouvements alternatifs et ne pouvant constater le moindre che-

vaux. Les malades, que l'auteur a vues l'année suivante, ont été réunies par un bandage entre les extrémités des symphyses. Les autres malades, les fils d'argent ont été enlevés et lorsqu'on l'avait enlevé, le vider, on pouvait voir, au fond d'une cavité de la symphyse qui étaient éloignés d'environ.

La suture ne s'était faite ici que bien tard et il est possible que le frottement des extrémités des symphyses avait déterminé par souder les deux bouts.

Dans ce cas, la suture s'était aussi relâchée et les deux extrémités de la symphyse mais ressentait une grande fatigue. Si il est, la symphyse est tout à fait guérie. On a encore l'observation d'une malade où le moyen du fil d'argent a résisté au développement d'une hémorragie pour inertie utérine. Les autres malades, il restait un léger gonflement de la symphyse ; mais la malade n'était pas guérie ; la suture, faite avec du fil d'argent, n'a pas résisté.

Dans ce cas, la symphyséotomie était accompagnée de lésions molles (déchirure du corps du périnée). A ce moment, on fit des injections qui guérit. L'incontinence des urines disparut.

On a ensuite la méthode employée par M. Il perfore l'os à l'endroit, assez

section, où il est sûr de ne trouver rien que de la substance osseuse. Pour protéger les parties molles, on insinue entre les bords de la symphyse sectionnée une spatule. Après avoir ainsi perforé d'un côté, on passe avec une pince un gros fil d'argent dans l'œillère du perforateur ; cela fait, on retire le perforateur muni ainsi du fil, et l'on recommence la même opération du côté opposé. Une fois le fil d'argent passé, on procède à la suture des aponévroses et du périoste et enfin de la peau. Ce n'est qu'à ce moment qu'on change la position des jambes en les tournant en dedans, en même temps deux aides pressent sur les parties latérales du bassin. L'adaptation étant absolument parfaite, on commence par nouer en première ligne les fils d'argent profonds, puis les fils du périoste et enfin ceux de la peau.

(*Bull. gén. de théér.*)

27. — Hystérectomie abdominale après deux laparotomies. (*British medical Journal*, 1894.) — M. EDW. MALINS rapporte l'observation suivante :

Jeune fille de 19 ans, réglée à 16 ans, une fois seulement ; à 17 ans et demi également une fois légèrement : depuis elle n'avait plus rien vu.

Il se produit un accident dont la nature n'a pu être bien déterminée à l'âge de 11 ans. Quatre mois avant son entrée elle reçut un coup qui la contraignit à garder le lit pendant quelques jours avec de vives douleurs dans l'abdomen. Actuellement elle est atteinte d'atrésie vaginale : hémato-salpinx gauche. Ablation par la laparotomie. Hématomètre consécutif ; hémato-salpinx droit ; ablation.

La malade alla bien pendant quelque temps après la seconde opération. Au bout de quelques mois une grosseur sensible au toucher fit son apparition du côté droit de l'abdomen, et une seconde grosseur fut constatée à droite de l'utérus dans la fosse iliaque droite ; cette dernière, de 9 centimètres de longueur, était mobile et allongée. Le vagin était imperforé à sa terminaison. Les deux grosseurs étaient évidemment l'utérus et la trompe droite, gonflés de sang.

Laparotomie ; rupture des adhérences à la paroi antérieure et à l'épiploon, embrassant l'utérus, la trompe et l'ovaire. Ablation de la portion renflée de l'utérus. L'utérus est amené en haut jusqu'à la plaie abdominale et transfixé avec une broche : ligature du pédicule et ablation ; suture des bords péritonéaux de la plaie autour du pédicule ;

cessent. Elles peuvent revenir, mais on en est quitte pour recommencer, ce qui n'a rien de bien pénible. On peut obtenir le même résultat en faisant appuyer fortement le pied à plat contre le bois du lit, mais pas mal de femmes se refusent à le faire. Le soulagement serait obtenu de même si la parturiente pouvait se lever et se tenir debout.

Ce mode de traitement des crampes est connu depuis longtemps, mais il n'en était pas moins utile à rappeler à nos lecteurs, car il réussit presque toujours et il est d'une grande simplicité.



30. — Le massage en gynécologie, par le D^r EVMENIEFF (*V^e Congrès des médecins russes*). — Voici les résultats obtenus par la méthode de Brandt, que l'auteur préfère au procédé suédois : parmi les malades traitées, il y avait 52 p. 100 de métrites et d'annexites ; 24,5 p. 100 de déplacements utérins ; 12,9 p. 100 de métrorrhagies. Les affections inflammatoires ont toutes guéri définitivement ; tandis que les prolapsus avaient toujours une tendance à récidiver. Dans les flexions de l'utérus le massage, sans amener le redressement, a cependant donné de bons résultats, car il reproduisait la distension des cicatrices et des adhérences, une diminution des phénomènes péri-utérins et l'amélioration de l'état général. Le massage utérin a, d'après l'auteur, surtout cet avantage qu'il n'oblige pas la malade de garder le lit ; mais il doit être fait par le médecin lui-même, ou du moins sous sa direction.

(*Revue d'hygiène thérap.*)

FORMULAIRE



Traitement des fissures à l'anus par la cocaïne et l'ichthyol.

(JULES CHÉRON.)

La fissure à l'anus est une affection que les gynécologistes ont souvent l'occasion d'observer et de traiter, les femmes étant prédisposées à cette maladie par la fréquence, chez elles, des hémorroïdes et de la congestion des organes pelviens.

FORMULAIRE.

itements médicaux sont d'un
conseillent uniquement l'in
re à l'an us est diagnostiquée
ant nous a donné des succès
ns employé ; il peut donc é
hirurgicale par sa réelle effi
malades les plus pusillan
e la cocaïne et de l'ichthyol.
vert l'an us et reconnu le si
un petit tampon d'ouate h
aïne à 1/20, voir même à .
ut de cinq minutes, l'anesthé
la fissure avec l'ichthyol pu
ongée dans l'ichthyol dont
la fissure.
ations de cocaïne, puis d'ic

éance, le tampon de cocaïne
incter, et, au bout de cinq
dilatation légère de l'an us
sous les yeux, la fissure bie
auteur, avec l'ichthyol.
icatrisation avance, les dilati
être poussées plus loin, de
hincter qui complique si fré

tes peuvent être guéries en un
itement que je viens d'expos
plus ou moins calleux, la gué
cependant qu'on ait besoin
s.

Directeur-Gérant,

• Imprimerie Daix frères, 3, 1

VUE

CHIRURGICALE

DES

DES FEMMES

GYNÉCOLOGIE

CHIMIQUE INTRA-UTÉRINE

nient été l'objet de travaux aussi
si répétées et aussi contradictoi-
stie chimique intra-utérine. Tan-
asme de quelques-uns, elle était
te par les autres. Préconisée et
dès 1883, et appliquée par lui au
ses de l'utérus, de l'endométrite,
is utérines, etc., elle est devenue
mains de ses élèves, la rivale de
et du massage gynécologique.
qu'elle a fait le tour du monde
dans tous les pays civilisés; aussi
intra-utérine possède-t-elle déjà
iches avec laquelle on ne pour-
bibliographie des salpingites.

nts si considérable, il est encore,
e se faire une opinion définitive
et sur la valeur exacte de la gal-
-utérine. Aussi devons-nous être

REVUE DE GYNÉCOLOGIE.

Un distingué confrère de
a pris cette question d'un
nstitué des expériences
d'avoir résumé, sans p
i comme sans détractat
es obtenus par lui. C'est
s résumer; nous n'ajout
e Revue, pour nous don
cordance de nos idées
n ce qui concerne au s
a supériorité du curett
on.

institué une série d'ex
tait à la galvanocaustie
e enlevés par l'hystérec
otait les modifications
ables à l'électrisation. I
des expériences faites
au dire même de l'aute
nt de vue clinique.
ions du chapitre des ex

le mode opératoire dont
platine d'APOSTOLI comm
comme pôle abdominal) e
itée par la chimie caustic
n produite par la sonde ga
résulte. On remarque al
ne partie du fond de la m
cas, ayant échappé à l'a
it pris des précautions pou
ments qu'on aurait pu in
ie caustique en gynécologie.
L. I, fasc. 5.) Lierre 1895, vol

devrait donc pouvoir se servir
ement toute la cavité utérine et
muqueuse.

en gris jaune avec une légère
claire, quelquefois plus foncée;
qui sont plus rouges sans qu'on
ne soit due à une zone réaction-
ne.

ne intensité sur tout le parcours
sont toujours bien délimitées.
gris verdâtre, elles sont moins
nitives, elles sont également plus

microscope des petites portions
prises aux endroits où l'eschare
de l'action du courant électri-

muqueuse sont canthérisées à
jusque dans la musculature et
écédation. A côté de ces parties
, d'autres situées dans le voisi-
pour ainsi dire entièrement à
cela dans des utérus à cavité
plusieurs séances de chimie

s points de minoris résistances
volontiers, pareils à ceux qu'on
, lorsque l'épiderme y est enta-
rement appliquée sur une par-

aut intérêt; elle permet en effet
s dont nous devons parler plus
d'une cavité utérine quelconque
ne nous avons pu constater sur
ite régénération, toute restitution
impossible, ou aboutirait fatale-
euse. D'un autre côté, comme
entes que nous avons soumises à
on, ayant un traitement électri-

avons souvent pu remarquer un certain travail de dégénérescence granulo-graisseuse, représentée soit par de fines granulations disséminées dans les différents tissus, soit par de grandes cellules remplies de granulations grasses plus volumineuses et disposées d'une façon plus symétrique. Les glandes peuvent disparaître complètement par destruction. Les veines présentent parfois des thromboses bien marquées. Toutes les modifications indiquées peuvent se remarquer jusque dans la musculature.

« A intensité égale, l'action des courants négatifs serait plus énergique que celle des courants positifs, d'après nos résultats. »

Le chapitre clinique est à lire ; nous ne pouvons malheureusement qu'en donner les conclusions, mais auparavant nous devons citer encore les lignes suivantes qui sont la réponse à l'importante question : le traitement électrique (par la galvanocaustie chimique bien entendu) est-il dangereux ?

« Comme nous l'avons dit plus haut, dit M. FRÉDÉRICQ, nous avons effectué plus de mille séances de chimie caustique intra-utérine pour toutes espèces d'affections (224 séances pour fibro-myomes) avec deux cas de mort. Dans l'un de ces deux cas, à côté d'un kyste de l'ovaire gauche, l'autopsie démontra la présence d'un sarcome de l'ovaire droit, adhérent à la matrice et que nous avions pris pour un fibro-myome. Or les kystes et les tumeurs sarcomateuses sont, pour la plupart des auteurs, des contre-indications à l'emploi de la galvano-caustie intra-utérine ; et l'accident survenu, s'il n'est pas fortuit, est imputable plus à l'opérateur qu'à la méthode. Le second cas est plus grave et pèse de tout son poids sur les manipulations électriques intra-utérines ; nous en avons donné l'observation dans le chapitre précédent. Comme dans le premier cas, une seule séance de chimie caustique a été effectuée. La patiente était atteinte d'endométrite suite de couches ; elle meurt d'une péritonite infectieuse, onze jours après l'application unique du courant constant (100 MA pendant 8'). Si l'on exclut une cause fortuite, étrangère et préexistante au traitement, cette péritonite infectieuse ne peut s'expliquer que par les manipulations nécessaires à l'application du courant constant ou par le courant lui-même. La sonde intra-utérine ne pouvait être sérieusement infectée, car la même matinée nous fîmes quatre autres applications du courant

ourir aux patientes est min-
or des dangers de l'affec-

l qui lui est évidemment
autre traitement médical.
l'opération est contre-indi-

érable un cas, qui au dé-
t l'état général de la ma-

long et pénible. La galva-
ns les cas d'endométrite,
tres caustiques ; sa durée
utérine d'une façon irré-
défectueuse.

raitement est l'exception,

ent consécutif au curetta-

ce mode de traitement est
ganes génitaux telles que
prolapsus de l'ovaire et
u d'efficacité.

liqué dans les cas compli-
e nervosisme prononcés.
traitement a dû être sus-

ns les cas de sarcome de

flammation des annexes,

himie caustique intra-uté-
la stérilité (quatre cas de
ectrique complet).

atique, le pôle négatif bé-
car il n'y a rien d'absolu
ne c'est le contraire qui se

intra-utérine est doulou-

mpes. Aussi M. APOSTOLI (1) a réservé dans l'emploi de son des annexes. Le curet-avenable, est au contraire améliorer l'état des annexes atteints, de même que la le Dr GUYON (2), améliorer bles, ainsi que j'ai essayé il (3).

e M. APOSTOLI, réelle dans iques, vient à l'appui de la ncu qu'au point de vue de que les tumeurs fibreuses, par les autres procédés

paraît très inférieure au

dont nous parions plus a douloureuse et exempte ence rythmée du courant rthmée du condensateur ème jusqu'à un certain u non au massage vibra- pourquoi je n'utilise pas, STOLI, malgré l'efficacité e cas.

JULES BATUAUD.

lin, août 1890.

ystites sur les pyélo-néphri-

ystites sur les pyélo-néphri-
omérite sur les salpingites,

lône percé d'un trou un peu plus
e Salles-Girons pour donner libre
le avoir trois tubes de terminai-
e des trous de différentes gran-
grand n° 1, 2 et 3, afin de répon-
tte dernière innovation que j'ai
pareil de Pascal permet d'agir sur
ndes suivant la susceptibilité du
vulsion plus ou moins étendue
rritation, sans offenser les tissus,

ssion, avait confirmé le nom de
les-Girons. Mais rien ne ressem-
procédé de révulsion, aussi pro-
il nom scientifique sous lequel il
ntiquité, celui d'AQUAPUNCTURE.

pareil ne soit bien placé dans un
scientifique, parce que l'aqua-
rie d'une douche générale en jet
es anciens praticiens ne possé-
nt l'aquapuncture.

indispensable qu'un médecin seul,
mpe, se serve de cet appareil, car
ssances anatomiques et physiolo-
ler des empiriques, ni des garçons

ppareil de Pascal, le filtre au char-
rps de pompe et laissait passer des
ble qui obstruaient le tuyau par
au-dessus de l'appareil qui me
laire et nette, de telle sorte que je
ment ou l'obstruction des cônes
érie.

rations et d'ailleurs il est encore
passer dans le trou du cône qui
approprié, comme on le fait pour
seringue Pravaz.

t munis d'un manomètre pour me-
e 5 à 15 et 20 atmosphères suivant

énergique, on devra rapprocher du malade l'extrémité du tuyau, 0,10 à 0,15 centimètres par exemple et promener la fine colonne d'eau sur la partie malade en insistant davantage sur les points les plus douloureux. Il faudrait alors que la névralgie soit bien intense pour résister à une pareille révulsion, ou que l'anesthésie ou l'analgésie soient bien profondes, la sensibilité bien abolie pour qu'après quelques instants d'application l'aquapuncture n'ait pas rétabli la sensibilité normale.

On peut toujours en cas d'insensibilité persistante porter la pression de 12 à 20 atmosphères et se servir de l'embout n° 1, alors l'aquapuncture ne tarde pas à devenir douloureuse et la sensibilité à reparaitre avec exagération.

C'est encore une raison pour laquelle l'intervention d'un médecin est toujours nécessaire, car il faut qu'il veille soigneusement à ne jamais dépasser le but qu'il se propose d'atteindre. Une douche sédatrice succédant d'ailleurs à l'aquapuncture calmerait la superexcitation.

Pour ne pas fatiguer les malades on peut également, lorsque les surfaces à répulser sont étendues, ne donner à la séance que quelques minutes de durée.

On marque alors par un trait avec la filiforme dirigée avec insistance l'endroit où l'on en est resté pour reprendre le lendemain. Le trait rouge persiste et on continue l'opération ; en quelques séances, on peut ainsi, sans douleurs et sans fatigues pour le malade, rendre la sensibilité normale aux parties anesthésiées.

Dans les affections myélopathiques on appliquera l'aquapuncture sur les côtés de la colonne vertébrale où elle agira mieux et plus promptement que les pointes de feu, sans avoir l'inconvénient des cicatrices qui succèdent aux mouchetures.

Quelquefois on combinera les deux procédés en ayant soin d'alterner et de séparer suffisamment les séances.

On peut aussi suivre avec le procédé sédatif (éloignement de 0,30 c. du sujet) la ligne des apophyses épineuses, ou bien produire s'il en est besoin une révulsion énergique sur les membres inférieurs en rapprochant l'extrémité du tuyau du corps du patient.

Enfin, il est des cas, dans les polynévrites par exemple, où la connaissance de la direction des nerfs et surtout les points d'élection où ils sont assez superficiels pour être atteints, est

ÉMOIRES ORIGINAUX

In qui entreprend une cure

Clinique.

observations d'aquapunctur
s 15 cas publiés dans notre
(1), dans lesquels l'aquapu
e douche filiforme, et en tire

°. — *Hémianesthésie hystéri.*

té.

ses d'hystéro-épilepsie. Inson
mosphères.
urs. Sommeil prolongé.

plégie. *Hémianesthésie hysté*
membres et le cou.
esthésie en 2 jours et de l'h

ctures hystériques. *Hémiane*
les contractures.
orations et de rechutes. G

ents choréiques. Accès de suf
dé révulsif pendant les accè
ement. La suffocation persi

à gauche, hémianesthésie hy
ne côté. Somnambulisme.

tement hydrothérapique com
l'ovarie et de l'hémianesthé

tifique de N. Pascal, 2^e éd., revu
s, 1895.

naissance, paraplégie.

grande émotivité.

hypogastrique. Application du col.

ne nerveux, gastralgie,

1. Aquapuncture après les

malade avait gagné 15 ki-

ciation, état grave

le.

2. Aquapuncture et bains

itive.

hez une syphilitique

ents). Impuissance.

me vertébrale et membre

*fulgurantes, rétablisse-
bilité et de la puissance*

les membres inférieurs

issement des genoux.

ertébrale et sur le trajet

de feu. Elixir polybro-

Guérison complète en 3

Crises quotidiennes

ale.

MÉMOI

stérie :

la par

inférie

s.

: 13 ar

membr

géné

s mem

.

ubles :

per

seigle

. Aqua

mator

.. Voy

chaqu

douch

ons à

nêmes

QUE

voir le

ment

B CHÉS

CUAUD,

des pa

is endo

s cance

, dans

its vagi

node d

es.

ls com

columnisation). Pansements soutiens.
ts. Pansements antiseptiques. Pan-
t antiseptiques. Pansements sédatifs.
Utilité de varier le mode de panse-

vicaux. Gazes stérilisées, principales
en pansements. — Ouate sèche et
ple et médicamenteuse. — Titre des
sements. — Qualités physiques et
ycérine pour produire le maximum
éparer les tampons d'ouate pour pan-
our pansements sédatifs.

plices à pansements.

gin, de la columnisation, du panse-
eur et absorbant, du pansement anti-
, du pansement sédatif.

ique. En quoi consiste cette action
parée de la glycérine simple et de
gestive corrélatrice de l'action osmoti-
sédatif. Supériorité des tampons
érine solidifiée.

ts vagino-cervicaux sont nom-

ou secondaires à une affection
les parois du vagin et d'asep-
ouble condition nécessaire à une

lrites, ces pansements combat-
e des affections utérines, absor-
ons morbides, calment les dou-
nettent de se rendre maître du

es, du paramétrium et du péri-
douleurs, l'arrêt des lésions et
ession des exsudats péri-utérins,
baires non enkystées sont des

rlons sont indiqués dans les dé-
mettre les lésions inflammatoires
air provisoirement l'utérus dans
er par la réduction manuelle et
riser la réduction graduelle de
ent réductible par le massage.

MÉTHODES ORIGINAUX.

Inopérables, ils absorbent les hémorragies, font disparaître ou atténuent les symptômes.

Sur les plaies fibreuses accompagnées d'inflammation, les pansements sont les lésions accessoires dont les symptômes sont plus pénibles que ceux qui sont la cause.

Ensuite, l'utérus irritable des leucorrhées est instantanément calmé par des

hémorragies assez abondantes. On agit directement avant qu'on puisse s'occuper de la guérison, le tamponnement est à recommander et depuis longtemps les opérations gynécologiques ont prouvé ce rôle important d'asepsie et de réparation jusqu'à réparation.

Il précède, que les pansements remplissent des indications multiples. Il faut savoir varier le mode de traitement dans les cas et s'adresser tour à tour aux tampons humides, aux tampons secs ou imbibés de glycérine ou de vaseline. Au lieu de classer, comme on le fait, les pansements secs et pansements humides, on les classe en pansements à l'usage de la gaze et en pansements à l'usage de la colonne. On les classe suivant l'indication pour but de remplir. Nous donnons certains éléments, il est facile de les adapter.

Les pansements vagino-cervicaux : Le tamponnement est le type le plus connu et le plus efficace. On le fait avec la gaze iodoformée ou avec la gaze à l'essence de térébenthine. Les pansements pressifs et résolutifs : Le tamponnement ou la columisation qui s'ac-

affections des annexes, du paramétrium et du péritoine pelvien en est un exemple. Ces pansements ont pour but de faciliter l'évacuation de collections tubaires non enkystées et de favoriser la résorption des exsudats pelviens en produisant une compression élastique et méthodique de la région. On réalise cette compression de préférence avec de petits tampons d'ouate imbibés de glycérine iodoformée, de glycérine à l'ichthyol, quelquefois d'ichthyol pur, d'autres fois d'ouate imbibée d'une solution antiseptique quelconque, puis exprimée de façon à faire de petits disques superposés, etc.

3° *Pansements soutiens*. Ces pansements s'adressent aux déviations simples et non compliquées de lésions inflammatoires ; ils servent de pessaires provisoires et viennent en aide au massage ; on les fait indifféremment avec des gazes sèches aseptiques ou des ouates sèches aseptiques.

4° *Pansements isolateurs et absorbants*. Ils conviennent dans tous les cas où on veut isoler les parois du vagin et absorber les sécrétions qui prennent naissance dans ce conduit ou qui sont déversées par l'utérus. La gaze iodoformée convient mieux que tout autre matière pour atteindre ce résultat.

5° *Pansements antiseptiques*. Tel est le pansement à la gaze iodoformée qui représente le pansement post-opératoire type. On peut aussi faire des pansements antiseptiques à l'ouate imbibée de glycérine iodoformée, salolée, créosotée, etc., ou à l'ouate imprégnée de poudre de salol, d'iodoforme, de di-iodoforme, etc.

6° *Pansements osmotiques*. Les pansements à la glycérine simple ou médicamenteuse sont essentiellement osmotiques. Nous verrons plus loin en quoi consiste cette action osmotique dont l'importance ne saurait être trop mise en relief. Les pansements à la glycérine se prêtent du reste à des combinaisons multiples et d'un réel intérêt ; c'est ainsi qu'ils peuvent être à la fois osmotiques et antiseptiques, osmotiques et résolutifs, osmotiques et astringents, qu'ils peuvent en outre servir à la compression élastique des culs-de-sac (columnisation), au soutien de l'utérus, etc., etc.

7° *Pansements sédatifs*. Nous avons surtout en vue, sous cette dénomination, les pansements à la cocaïne qui sont, de tous, les plus sédatifs de la douleur et de l'éréthisme nerveux d'origine utérine ; il convient d'ajouter que les pansements osmotiques sont

MÉMOIRES ORIG
datifs, quoique à un

itions aux pansen
lats inflammatoir
avoir en outre que
ilité, les panseme
le, ne doivent pas
ver l'anémie et d'
est pourquoi, il fa
cations, les diver
plus souvent, pa
ments osmotiques
fs et les panseme

pansements vagino
stérilisée ou méd
uate imprégnée d
e imbibée de glyc
e cocaïne en solut
gazes employées p
gaze iodoformée,
ylée, etc. La gaze
est celle qui est la
peut, dans presqu
ieuses en place av
ir plus agréable,
tous les jours. La
qu'on puisse l'em
e la gaze salicylée
découpées en ban
, après stérilisatio
le verre à fermetu
ince stérilisée, a

yer en pansemen
de petits tampon
eptiques et abso
e borique, acide s

muth, sous-nitrate de bismuth, etc., ou bien, qu'on imbibe de glycérine soit iodoformée, soit di-iodoformée, salolée, boriquée, ichthyolée, créosotée, etc. On peut associer aussi à la glycérine le chlorate de potasse, le salicylate de soude, l'hydrate de chloral, l'alun, le tannin, etc. Les glycérines médicamenteuses se font à 5 ou 10 %, suivant les cas. Les tampons d'ouate imprégnée de poudres antiseptiques ou absorbantes servent surtout pour faire les pansements soutiens et les pansements isolateurs et absorbants. Les tampons d'ouate glycerinée représentent le type des pansements osmotiques qu'on peut faire aussi à la fois osmotiques et antiseptiques, osmotiques et résolutifs, etc.

Pour avoir le maximum d'effet osmotique, la *glycérine* que l'on emploie pour les pansements vagino-cervicaux doit répondre aux conditions suivantes :

1° Elle ne doit pas contenir plus de 4 % d'eau, ce qui lui fait marquer alors 30 degrés à l'aréomètre Baumé, pourvu qu'elle ne soit pas adultérée avec la glucose ;

2° Elle doit être parfaitement neutre. Le meilleur moyen de s'en assurer est de mêler, sur le porte-objet du microscope, une goutte de teinture de tournesol et une goutte de la glycérine à éprouver ;

3° Elle ne doit contenir ni chaux, ni oxyde de plomb, ni chlore, ni chlorures, ni acides gras ou minéraux ;

4° Sa saveur doit être franchement sucrée et en contact avec les tissus vivants, les muqueuses en particulier, ne doit faire éprouver aucune sensation pénible de brûlure ou même de cuisson.

Nous verrons bientôt en quoi consiste l'action osmotique de la glycérine.

Nous conseillons de faire les *tampons d'ouate* avec des fragments d'ouate hydrophile de 7 à 8 centimètres de long sur 4 centimètres de large et superposés de façon à faire un tampon de 3 centimètres d'épaisseur. Un fil de soie aseptique ou un cordonnet de coton de 40 centimètres de longueur, plié en deux, est passé en nœud coulant et serré au milieu du tampon ; les deux chefs de ce lien viendront pendre à la vulve, une fois le pansement en place, de telle sorte qu'il sera facile à la malade de retirer elle-même le tampon.

Une série de tampons d'ouate ainsi préparés doivent être tout

MÉMOIRES ORIGINAUX

lisés et conservés, co
b, jusqu'au moment d'
line, pour les panseme
eau distillée à 1/20. Il
quantité de cette soluti

ental est des plus simp
trois spéculums de Cu
riés, un spéculum à cr
èle Chéron) suffisent p
ement sont des pinces
tables et à mors lisses.

se servira, dans son
ais on peut très bien s
suture des branches p
. on place le ou les tar
es spéculums, des pin
avoyons le lecteur à

septique doit précéder
numéro de mars 1895).
arie suivant le but qu
compressif et hémostat
le du spéculum à créa
ché avec des boulette
s-de-sac du vagin soi
gue bandelette de gaze
asse avec une pince, e
rs plis de la gaze pour

nien bourrés, le spéc
la compression du va
ils-de-sac. On retire
e le bourrage de la pa
nergiquement comprin
ent l'instrument pour l

encore la partie antérieure du vagin ; on laisse pendre hors de la vulve la partie inférieure de la bande de gaze pour permettre le retrait du tampon.

Très employé autrefois, ce mode de tamponnement très serré n'est plus considéré, en gynécologie, que comme une ressource provisoire, dans les hémorrhagies très graves, en attendant qu'on puisse s'attaquer directement à la cause de l'hémorrhagie, ce qu'on doit faire sans retard, aussitôt que cela est possible. Aussi renouvelle-t-on rarement ce tamponnement qu'on ne doit guère laisser en place plus de 12 heures. Le tampon retiré, on fera une grande irrigation vaginale chaude et on opérera suivant les circonstances, d'après la cause de l'hémorrhagie.

2° *Columnisation*. Le tamponnement compressif et résolutif, imaginé par Bozemann et Taliafero pour le traitement des exsudats pelviens, consiste à appliquer une série de petits tampons d'ouate dans les culs-de-sac du vagin maintenus par un tampon plus volumineux recouvrant le col utérin. Nous conseillons d'imbibler ces tampons avec de la glycérine à l'ichthyol à 5 ou 10 % suivant la tolérance de la malade, de façon à ajouter, à l'action compressive, l'action osmotique de la glycérine et l'action bien nettement résolutive de l'ichthyol dont Freund a montré toute l'importance. Ce mode de pansement se fera, de préférence, avec le spéculum à crémaillère qui permet, mieux que le spéculum de Cusco, de bien dégager les culs-de-sac pour y appliquer les petits tampons compressifs.

3° *Pansements soutiens*. Le pansement soutien pour le maintien de l'utérus dévié peut se faire indifféremment avec de la gaze iodoformée ou de l'ouate glycéro-iodoformée, glycéro-boriquée, ou encore avec de petits tampons d'ouate imprégnés d'une poudre antiseptique quelconque. On préférera les tampons secs, si la déviation ne s'accompagne pas de congestion utérine ou de métrite et d'endométrite ; dans le cas contraire, on utilisera les pansements glycérinés.

Le pansement soutien se fait d'une façon variable suivant la déviation à combattre : il se placera sous le col dans l'utéroptose simple, dans le cul-de-sac rétréci en cas de latéro-position, en avant du col dans les rétrodéviations réduites, mais mobiles, etc.

Le pansement soutien doit souvent être précédé d'une série de pansements destinés à combattre les complications de la dévia-

MÉMOIRES ORIGINAUX.

. C'est ainsi que, dans les rétro-déviations, la mobilisation du cul-de-sac postérieur à la glaire beaucoup aux manœuvres de redressement qu'on aura obtenu la mobilisation qu'on s'entend soutenir. De même, lorsqu'il existe des lésions assez accentuées, ces lésions devront être soignées avec un traitement approprié avant qu'on s'adresse à la mobilisation.

Pansement isolateur et absorbant. C'est le pansement primitif ou secondaire. Il se fait avec de la gaze iodoformée de façon à dilater et à ouvrir le col et à séparer, dans toute leur étendue, le vagin l'un de l'autre. Un spéculum de Cuivre est employé ; il faut prendre garde à ne pas choisir un spéculum trop mineux, surtout pour les premiers pansements où l'irritabilité locale est encore très vive. La gaze iodoformée peut suppléer la gaze iodoformée quand l'odeur est nauséuse et très pénible, ce qu'on observe souvent. On se rappelle que la gaze salolée ne doit être employée plus de 24 heures. On peut aussi faire des pansements absorbants avec des tampons d'ouate sèche imbibés d'iodoforme, de diiodoforme, de salol, d'acide salicylique, de nitrate de bismuth, etc., ou d'un mélange de ces substances.

Pansement antiseptique. Le type du pansement antiseptique est le pansement à la gaze iodoformée ; c'est, en fait, le pansement post-opératoire. La technique est la même que pour le pansement isolateur, mais le tamponnement est beaucoup plus serré. Quand l'odeur de l'iodoforme est trop forte pour la malade, au lieu de laisser pendre la gaze iodoformée, on place la bandelette de gaze iodoformée, enroulée autour d'un fil de soie aseptique qu'on introduit dans le vagin. Il sera même bon de placer immédiatement un petit tampon d'ouate enduit de vaseline pour isoler le vagin et pour empêcher l'urine de la malade d'irriter le col, sur un bassin, dans le cas où la malade urinerait.

Pansement osmotique. Le col est mis à nu avec un spéculum de Cusco ; un tampon d'ouate imbibé de gomme arabique est porté, avec une pince, au contact du col et étalé à sa surface de façon à embrasser

étroitement la portion vaginale du col. Pendant que la pince maintient le tampon au contact du museau de tanche, le spéculum est retiré doucement, en écartant d'abord un peu ses valves pour arriver en avant du tampon sans le déplacer, enfin le spéculum fermé et la pince sont complètement retirés. Il faut être bien certain que le tampon reste bien au contact du museau de tanche, car c'est à cette condition seule qu'il remplira un rôle utile au point de vue osmotique. C'est pour avoir négligé cette précaution que quelques médecins ont essayé, sans grands résultats, les pansements glycélinés ; nous en voyons tous les jours des exemples dans la clientèle. Avec des tampons peu serrés, faits comme ceux que nous avons décrits, bien fortement imbibés, dans toute leur épaisseur, d'une glycérine présentant les qualités physiques et chimiques énumérées plus haut, enfin convenablement placés au contact du col utérin, l'effet osmotique se produit toujours et il en résulte constamment une amélioration dans l'état des malades.

7° Le *pansement sédatif* se place comme le pansement osmotique ; la seule différence réside en ce fait que le tampon d'ouate est imbibé de cocaïne en solution dans l'eau distillée au lieu d'être imbibé de glycérine ou d'un glycérolé quelconque.

Il est inutile d'insister sur le rôle mécanique que jouent le pansement compressif, le pansement soutien, le pansement isolateur, la columisation ; l'action antiseptique des pansements à l'iodoforme, au salol, à l'acide borique, etc., se comprend sans qu'il soit besoin d'insister ; l'action sédative du pansement cocaïné ne demande pas davantage de développements. Mais nous croyons utile d'insister sur le pansement osmotique, le mode d'action de ce pansement étant moins connu et surtout exigeant quelques explications pour être correctement interprété. C'est ce qu'il nous reste à faire pour terminer ce chapitre.

En quoi consiste l'action osmotique des pansements à la glycérine ?

Lorsqu'on a fait un pansement glycéliné dans de bonnes conditions, au point de vue matériel du pansement et de la technique de ce pansement, on observe une déperdition d'un liquide aqueux qui commence aussitôt et qui continue à se faire pendant au moins dix à douze heures, quelquefois même seize heures, si

MÉMOIRES ORIGINAUX

es malades sont obligées de r
époque de leurs règles.

recueille tout le liquide évacué,
qu'il représente jusqu'à dix fois
ans le tampon. La quantité de
degré de congestion de l'appar
iculier ; elle est d'autant plus gr
tense.

e chimique démontre que ce liq
, de 98 parties d'eau, de 1 parti
tie de sel calcaire. Ce liquide
nposition chimique, à la lymph
mprunté, en majeure partie, au
le l'utérus ; il y a lieu de croire é
ndonnent, à travers leurs minc
eau empruntée au sérum sang
mche, sans déperdition aucun
nsi se comprend l'action décon
le du pansement osmotique.

tances qu'on ajoute à la glycér
quantité de liquide transsudé
glycérine 5 % de son poids des
de liquide exosmosé est à celu
eule :

ide plorique et l'acide salicyliq
oforme, pour le sous-nitrate de

annin, comme 11 est à 8 ;
alicylate de soude, comme 12 e
m, pour l'ichthyol, comme 13 e
arbonate de soude et de potasse
éressant de noter que des antis
acide salicylique, l'iodoforme, l
que de la glycérine, l'augment
ppréciable et que l'ichthyol, ce
alviens, exagère notablement l'

oir décongestionnant du panse
rver : 1° à l'œil nu qui montre,

ment une décoloration progressive de la muqueuse qui recouvre les lèvres du col utérin ; 2° au cervicimètre qui mesure exactement la diminution progressive du volume du museau de tanche ; la diminution du diamètre du col peut aller de 8 à 14 millimètres après une vingtaine de pansements, ce qui correspond à une réduction très notable du volume total du col ; le corps de l'utérus, lorsqu'il est en sub-involution, diminue lui-même, moins rapidement toutefois que le col.

Les pansements osmotiques possèdent une action sédative très marquée sur les phénomènes douloureux qui accompagnent les états inflammatoires de l'appareil utéro-ovarien.

Au point de vue antiseptique, ils peuvent rivaliser avec les pansements à la gaze iodoformée, puisque chaque pansement osmotique peut être additionné d'une quantité d'iodoforme en poudre aussi grande qu'on le désire. Il peut être préférable, dans certains cas, de remplacer le tampon d'ouate par de la gaze iodoformée dont la partie qui doit être en contact avec le col est préalablement imbibée de glycérine ; nous employons surtout ce mode de pansement après le curettage, lorsque le contact de la gaze sèche est péniblement supporté et éveille de la douleur.

On comprend, d'après ce que nous venons de dire, l'importance réelle que nous attachons aux pansements osmotiques, trop délaissés, croyons-nous, par beaucoup de gynécologues modernes.

Les ovules à la glycérine solidifiée, chargée ou non de substances antiseptiques, ont été largement expérimentés dans ces dernières années. Il faut se hâter d'ajouter que leur action est infidèle et de beaucoup inférieure à celle des pansements glycerinés correctement appliqués par le médecin. Il ne peut en être autrement, puisque, comme nous l'avons répété plusieurs fois, dans cet article, les pansements osmotiques ne produisent d'effet utile qu'autant que le tampon est maintenu très exactement en contact avec le museau de tanche. Avec les ovules, on laisse au hasard le soin de mettre la glycérine plus ou moins en contact avec le col et l'action osmotique est, par suite, des plus douteuses. Enfin, inconvénient plus grave encore, les malades ne prennent pas assez de précautions antiseptiques pour ne pas risquer quelquefois de s'infecter avec ces ovules.

E T

—

30

AIE

ince

UBA

MOI

e p

. Ce

ou

me

u se

lan

ac

it a

se d

, p

à

n p

ac,

parl

et l'

à l'

ifié

nce

ir si

rés

con

—

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 mars 1895.

DIAGNOSTIC DES RÉTRO-DÉVIATIONS UTÉRINES.

M. LE DENTU. — J'ai constaté, dès 1882, l'existence d'une crête médiane sur la face postérieure du corps de l'utérus, et j'ai appliqué, dans ma pratique, l'existence de cette crête au diagnostic des rétro-déviations utérines. Il y a trois ans je fis de cette découverte l'objet d'une leçon clinique dans mon service de Necker. Cette leçon fut rédigée par M. Pichevin et publiée dans la *Gazette Médicale*.

Vous savez que certains cas de rétroversions utérines ne sont pas toujours très faciles à diagnostiquer, par exemple lorsqu'il existe des petits fibromes à la face postérieure ou à la face antérieure de l'utérus et lorsqu'il existe des lésions inflammatoires des annexes. Il y a donc un intérêt clinique à utiliser la présence de cette crête utérine que j'avais déjà vue en 1882. Quand donc l'utérus est en rétroversion, il suffit de porter le doigt dans le cul-de-sac postérieur et l'on sent cette crête à la face postérieure du corps utérin. On la sent d'autant mieux, dans la rétroflexion, que l'utérus, tassé, l'a rendue plus saillante. Je sais bien que l'hystérométrie peut nous donner tout de suite le moyen de diagnostiquer ces différentes dispositions. Mais l'hystérométrie demande des soins préliminaires. Il est donc bon de posséder dans la pratique un moyen de diagnostic plus rapide. Saenger a parlé dans ces derniers temps d'une petite crête située sur la face antérieure de l'utérus. Il la considère comme étant en relation constante avec la rétroversion congénitale de l'utérus.

Enfin, il y a quelques jours, M. Pichevin et moi nous avons constaté simultanément l'existence d'une petite crête antérieure de l'utérus dans les cas d'antéversion.

Je ne fais que signaler le fait. Nous sommes en train de l'étudier ; j'apporterai plus tard de plus amples détails.

(*Gaz. médicale. de Paris.*)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE

*Séance de Mars 1895.*PARALYSIE DU BRAS CHEZ UN NOUVEAU-NÉ, CONSÉCUTIVE
DE L'HUMÉRUS.

M. LOVIOT rapporte un cas de paralysie du bras d'un nouveau-né à la suite d'une fracture de l'humérus, lors de l'accouchement, au moment où l'enfant était à l'épaule. On appliqua immédiatement un appareil plâtré. On constata les jours suivants l'apparition d'un cal. Bientôt de l'impotence du membre. Au bout de quelques jours le cal diminua et le membre reprit ses fonctions.

M. BUDIN se demande si cette paralysie n'est pas due à la compression par le cal du nerf.

M. CHARPENTIER fait remarquer que ce retour à la normale, sans traitement, est exceptionnel.

Ce qu'on observe généralement, au contraire, est la paralysie des muscles paralysés.

KISTE PAPILLOMAIREUX DE L'OVAIRE GAUCHE. ASCITE.
LAPAROTOMIE. GUÉRISON.

Il s'agit d'une femme de 50 ans, chez laquelle, en 1894, on pouvait sentir par le palper une masse dure, tant assez haut dans le ventre, sur le côté gauche, avec lequel elle semblait être en connexion intime. En décembre la présence d'une grande quantité de liquide empêchait toute palpation ; le toucher ne donnait que des renseignements fort vagues. M. Touvenaint pratiqua la laparotomie, évacua une quinzaine de litres de liquide, et trouva une tumeur végétante de l'ovaire gauche insérée par son pédicule large sur la corde utérine gauche. Suites opératoires favorables.

M. LOVIOT relate l'observation d'une femme atteinte de vomissements incoercibles, survenus dans le cours de la grossesse.

assistèrent un accouchement provoqué à

urent comme par enchantement immé-
on de l'utérus.



ervation d'expulsion d'un œuf complet
le grossesse avec membranes intactes.
) et mesurait 40 c. de longueur, vécut
chez la parturiente qui, au moment de
inte de pleuro-pneumonie sans épan-
rulente qui débuta plusieurs jours après



T et LUGEOL au titre de *membres corres-*
M. DUDLEY, HARRIS, HUNTER, ROBB et
correspondants étrangers.

e du 28 mars 1895.

LEPTIQUE INTRA-UTÉRINE.

statistique de sa pratique intra-uté-

apeutique intra-utérine (dilatation de
de Schroeder), appliquée aux cas ou
toutes ses préférences. En particulier,
agiques, la dilatation prolongée de l'u-
leurs résultats. Mais la thérapeutique
t curage) appliquée aux lésions péri-
nnexielles est plus souvent inutile, par-
angereuse, car on a publié des cas de
, mais on peut apprécier son utilité aux
ités. Et, en effet, il existe souvent des
appent à cette thérapeutique.

apeutique intra-utérine dans les lésions
le de choix, et doit toujours précéder

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

exes. Car la conservation
gynécologique. Il croit q
on provient de l'amaigrisse
le l'élargissement du cana
nsécutif de la cavité des t
liqué la dilatation de l'uté
de temps après l'accouch
t passée. Il a constaté dai
lents. Mais il existe des ca
ne pense pas que le méc.
act. Quoiqu'il ait observé
a pu dilater le corps de l'
autres cas, les tentes ont
se détend alors dans des
la cavité du corps inhabi
utérine du corps paraît d
érine dépendant du col sei
On obtient de très bons résu
e la cavité de l'utérus, m
gin. Je la préfère à la dilata
urs.

sur la nécessité de ne re
coléris que lorsque la périod

ait un rapport sur la can
g).

ux rapports sur les candi
mbie), de M. Hunter Robi

ÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITALS

Séance du 8 mars 1835.

ÉTILOGIE DES VOMISSEMENTS

le note de la part de M. C
de la grossesse, par les
jours vivement préoccu
ndant aucun des traitemen

ce jour n'a été infaillible. Je désire vous parler aujourd'hui d'un nouveau mode de traitement préconisé par M. le Dr Gautier qui m'a donné d'excellents résultats dans tous les cas où on l'a employé : il s'agit de voltaïsation continue et descendante du pneumogastrique droit à faible intensité et à longue durée.

La technique employée par MM. Gautier et Larat est la suivante. On place l'électrode positive recouverte d'amadou entre les insertions claviculaires du sterno-mastoïdien, puis l'électrode négative, large de 10 centimètres, au niveau de l'ombilic. Chaque séance dure d'un quart à une demi-heure, en ayant soin d'ouvrir et de fermer le courant avec beaucoup de précaution afin d'éviter toute excitation. Ayant été appelé au commencement de 1893 pour soigner une malade portant une grossesse extra-utérine accompagnée de vomissements abondants et très fatigants, j'épuisai en vain tous les traitements mis en usage contre cette complication. Puis j'appris un jour qu'elle se faisait soigner par M. Gautier, leur médecin et ami, et je fus surpris des excellents résultats obtenus. Ayant été appelé en 1894 pour une grossesse de deux mois occasionnant des vomissements modérés, j'eus recours à M. Gautier qui les fit disparaître complètement en quelques jours.

Quelque temps après, M. Henry m'ayant consulté pour une de ses malades présentant des vomissements fréquents avec fétidité de l'haleine et ayant occasionné un grand abattement, je la confie au Dr Gautier. Aussitôt la première séance, la malade peut garder une tasse de bouillon ; une semaine après le traitement, guérison complète.

Enfin, tout récemment, j'ai vu, avec M. le Dr Tessier, une multipare âgée de 30 ans. Malgré d'excellentes grossesses antérieures, elle est prise subitement de vomissements à la 3^e semaine d'une grossesse ; ces accidents occasionnèrent des troubles si graves que M. Tessier me consulta afin de voir s'il y avait lieu d'interrompre le cours de la grossesse. J'eus immédiatement recours à l'électrisation, et dès la première séance, elle put garder une tasse de bouillon. Aujourd'hui la malade mange très bien, les joues sont revenues et la guérison s'est maintenue

(*La France médicale.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU NORD

Séance du 26 octobre 1894.

KISTE OVARIEN.

M. FOLET parle d'une malade qu'il a opérée avec l'ascite. Le diagnostic porté un mois avant l'intervention était rien sans ascite. Lorsque M. Folet voit la malade, l'ascite et comme une couche liquide aux environs d'un solide. L'ascite le fit songer à une tumeur maligne.

A l'ouverture du péritoine on crut avoir ouvert un kyste. Il s'écoula en effet par les fissures péritonéales comme une substance gélatineuse. La ponction du kyste ne donna rien, le trou laissé par le gros trocart s'écoula une substance analogue au corps vitré. Le kyste en était rempli ; sa paroi fibreuse portait d'autres kystes. On avait donc un kyste enfermé dans un kyste. M. Folet cite Lawson Tailor qui a vu des tumeurs à contenu de forme colloïde, qui ne sont pas des colloïdes, mais des myxomes enfermés dans une capsule fibreuse. Le pronostic de ces formes est bénin.

Après qu'on eut enlevé le plus possible de la tumeur, on fit la marsupialisation du reste qui adhéraient fortement au rectum et à la vessie.

HYSTÉRECTOMIE TOTALE.

M. COLLE décrit un procédé d'hystérectomie abdominale qui a donné dans le service de M. Folet trois succès sur trois interventions. Dans le cas qui fait l'objet de cette communication, il s'agissait d'un fibrome utérin compliqué de cystosarcome de l'ovaire gauche. Cette seconde tumeur fut d'abord enlevée incidemment. Puis on se décida à pratiquer l'ablation en bloc de l'utérus fibromateux et gros comme une orange à travers l'abdomen. L'opération fut faite par un procédé employé habituellement de ceux employés jusqu'à ce jour pour la section du cul-de-sac de Douglas, en avant, section du cul-de-sac de Douglas en arrière, ligature des ligaments larges à droite et à gauche, section des attaches du vagin au col. Les fils des ligaments furent emmenés dans le vagin entraînant les moignons qui furent ; en leur centre drainage à la gaze iodoformée -

analogue par l'angle inférieur de la plaie abdominale. Les suites de l'opération furent très simples et la malade sortit guérie au bout de trois semaines.

M. Colle rappelle que l'hystérectomie totale n'est pas encore entrée dans la pratique courante. On lui attribue une gravité beaucoup plus grande que celle que comporte l'hystérectomie abdominale avec pédicule extra-péritonéal. Cette préférence ne lui paraît pas justifiée et pour lui l'ablation totale donne des résultats plus complets et plus rapides. Elle a donné trois succès au professeur Folet qui l'a pratiquée trois fois.

SOCIÉTÉ BELGE DE CHIRURGIE

DES FISTULES URETÉRALES CONSÉCUTIVES A L'HYSTÉRECTOMIE.

M. GALLET, après avoir rappelé la communication qu'il a faite en décembre dernier, sur les *fistules consécutives à l'hystérectomie vaginale*, présente les reins, uretères et vessies de chiennes chez lesquelles il a pratiqué l'uretérorrhaphie circulaire. L'uretère sectionné a été reconstitué soit immédiatement après la section, soit quelques jours plus tard, par le procédé que M. Gallet a décrit dans sa communication.

La suture de l'uretère est parfaite au point que chez les animaux sacrifiés un mois après l'opération, il est pour ainsi dire impossible de retrouver le point où existait la solution de continuité urétérale.

D^r J. VERHOOGEN (Bruxelles). — Le cathétérisme de l'uretère, chez la femme, peut se pratiquer au moyen des procédés de Simon ou de Pawlik, en se basant principalement sur les sensations tactiles. Mais pour être certain de réussir dans tous les cas, il faut alors acquérir une grande habileté et qui ne s'acquiert pas immédiatement, et que donne seulement une pratique prolongée de ce cathétérisme. En employant le procédé de Pawlik on peut, il est vrai, apercevoir sur la paroi vaginale antérieure le dessin du trigone de Lieutaud et s'aider ainsi quelque peu dans ses recherches; cependant, ce n'est là qu'une indication vague ne donnant pas la situation exacte de l'embouchure de l'uretère.

Le cystoscope, au contraire, permet dans la grande majorité des cas d'apercevoir nettement cet orifice sur la muqueuse vésicale et quelques instruments de Nitze, de Boisseau et d'autres

portant une rainure dans laquelle pass
être poussée dans l'uretère sous le con
certaine que paraisse cette méthode, il
pour se convaincre de la difficulté à dir
sonde et à réussir dans tous les cas à pr

Keely a récemment décrit un procédé
tement sous les yeux le fond de la vessie
semble-t-il, apercevoir facilement l'orifice
un cathéter. Keely commence, sous le
l'urèthre autant qu'il est possible de le fa
duire une incontinence d'urine permane
1 centimètre ou 1 centimètre 1/2, suivant
est placée dans la position gynécologique
tement fléchies sur le bassin et le bassin l
par des coussins, de façon à l'incliner da
delenburg. Un petit spéculum est introduit
vessie et celle-ci est complètement vid
moyen d'une sonde et d'une seringue.

Dans cette position les intestins tombe
et il se produit une aspiration du côté
extérieur pénètre par l'urèthre dans la ve
fortement.

L'opérateur dirige alors son spéculum un
vésical et y envoie, au moyen d'un réflect
d'une bonne lampe à incandescence. Le
ainsi bien éclairé sur une certaine étendu
y chercher et à y découvrir le trigone de l
urétéraux, et à y introduire une sonde d'u

Ce procédé, assez simple, est sûr dans
cas, d'après Keely. Pour ma part, je l'ai
sans grand succès, mais je pense qu'avec
on arriverait à de très bons résultats.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BE

Séance du 13 mars

DE LA PREMIÈRE RESPIRATION DU NOUVEAU-NÉ
A LA VIE DES ASPHYXIÉ

M. ZUNTZ. — D'après M. Olshausen, la

première respiration du nouveau-né serait l'état d'asphyxie du sang ; quant aux causes secondaires de cette respiration, ce seraient l'hyperémie du crâne et la compression du thorax par l'anneau vulvaire.

Je reconnais le bien-fondé de la première de ces causes accessoires, mais je conteste l'exactitude de la seconde. L'entrée de l'air par la trachée-artère n'est, en effet, possible que si la compression vulvaire a chassé quelque chose du thorax ; or, ce n'est pas le cas quand on comprime le thorax d'un fœtus. Cette compression déplace tout au plus un peu de sang et modifie la position des intestins ; dès qu'elle cesse, ces organes reprennent leur place et il n'y a pas d'inspiration à proprement parler. J'ai fait à ce sujet, avec M. Strassmann, une série d'expériences qui démontrent toutes que la compression du thorax est incapable de faire pénétrer de l'air dans un poumon qui n'en contenait pas préalablement.

Nous avons profité de cette occasion pour étudier la valeur des différents moyens de rappel à la vie des nouveau-nés en état d'asphyxie et nous avons constaté l'inutilité de la plupart de ces moyens.

Les meilleures paraissent être : la respiration artificielle pratiquée d'après la méthode de Sylvester, le procédé de Schultze et l'insufflation.

M. STRASSMANN. — On sait que l'on distingue deux formes d'asphyxie : dans l'une, les téguments sont congestionnés et de coloration bleuâtre ; dans l'autre, ils sont anémiés et complètement décolorés. Dans l'asphyxie apoplectique ou bleue, l'excitabilité réflexe du centre de la respiration existe encore et l'on peut souvent provoquer le retour de la respiration par de simples excitations cutanées. Au contraire, dans l'asphyxie anémique, l'excitabilité réflexe du centre respiratoire a cessé, les excitations cutanées ne servent plus à rien ; il faut pratiquer la respiration artificielle.

D'après mes observations, le procédé dit *de balancement* de Schultze (*Schultze'sche Schwingungen*) répond à toutes les indications. Lorsqu'il échoue, il faut faire l'insufflation. Le procédé de Schultze consiste, comme on sait, à saisir l'enfant avec les deux mains au niveau des épaules, de manière que les pouces s'appuient des deux côtés du cou au-devant du thorax et que les au-

REVUE DE LA PRESSE.

oigts, passant sous les aisselles, s'appliquent au fœtus. L'accoucheur enlève alors l'enfant d'un coup et le porte jusqu'au-dessus de son épaule gauche et le porte jusqu'au-dessus de son épaule gauche en bas et recommence le même mouvement de suite.

OLSHAUSEN. — Je ne puis admettre avec M. Zuntz que la compression du thorax ne puisse faire entrer de l'air dans le thorax quand celui-ci n'en a pas déjà contenu, car toute compression suffit à ramener la respiration normale chez les enfants asphyxiés.

Il faut remarquer, en outre, que l'asphyxie hypoxémique est souvent accompagnée d'une stase dans le cœur droit et qu'une saignée peut être utile.

ZUNTZ. — La première respiration est due à la compression du thorax et au décollement du placenta ; peut-être la compression exercée par les voies maternelles joue-t-elle aussi un rôle en exerçant une espèce de massage du cœur.

(*Journal d'Accouchement*)

REVUE DE LA PRESSE

DU REIN GRAVIDIQUE.

A. TRANTENROTH. (*Zeitschrift für Geburtsh. und Gynäk.*) — Les recherches de l'auteur, entreprises dans le service de la Maternité, à Marbourg, ont porté sur un ensemble de 100 primipares et 46 multipares. Les résultats de ces recherches peuvent se résumer ainsi :

1° Les femmes en bonne santé, qui offrent un appareil urinaire normal au début de la grossesse, sont, dans la proportion de 1/100 (1), atteintes d'albuminurie dans les quatre dernières semaines de la gestation. Il n'existe pas de différence, à ce point de vue, entre les primipares et les multipares.

Cette proportion est énorme et absolument exagérée, comme le prouvent nos propres observations : depuis de longues années, nous avons examiné les urines de toutes les femmes que nous devons accoucher et nous n'avons constaté qu'exceptionnellement. Il en est de même au service de la Maternité, où les urines de toutes les femmes sont examinées à leur entrée. (Voir nos statistiques pour les ch

Cette albuminurie est liée, dans le plus grand nombre des cas, à une perturbation de la fonction rénale ; elle est causée par cette altération spéciale du rein connue sous le nom de rein gravidique, qui consiste en une dénégérescence épithéliale. Dans quelques cas (mais moins souvent que ne l'admet Ingersler), l'albuminurie gravidique est d'origine vésicale, et dépend d'un catarrhe du col de la vessie.

Le rein gravidique ne comporte aucune autre manifestation pathologique que la présence de l'albumine dans l'urine. Il peut cependant s'accompagner d'un œdème généralisé. En pareil cas, l'éclampsie est fréquente. Jamais le rein gravidique ne devient un rein brightique.

L'auteur rejette comme mal fondée la distinction admise par Fischer d'un rein gravidique proprement dit et d'une néphrite gravidique, ce dernier état étant une exagération du premier. Il n'y a pas de néphrite aiguë dans la grossesse, à moins qu'il ne s'agisse d'une exacerbation d'un mal de Bright ancien.

L'urine du travail contient toujours de l'albumine, sauf de rares exceptions. Cette albuminurie est plus commune et plus accusée chez les primipares. Elle s'accompagne, dans le tiers ou le quart des cas, de l'émission de cylindres hyalins. Dans le rein gravidique, les cylindres urinaires ne s'observent que très rarement.

L'albuminurie du travail est presque toujours d'origine rénale ; elle apparaît dès la période de dilatation. Elle n'augmente pas dans la période d'expulsion, et souvent même elle commence à disparaître à ce moment.

Dans les suites de couches, l'albumine et les cylindres disparaissent très rapidement.

Lorsque l'albuminurie persiste après le premier septénaire des suites de couches, elle est liée d'ordinaire à un catarrhe vésical.

Chez les femmes portant un fœtus mort et macéré, l'albuminurie est très rare (à moins que la mort du fœtus ne dépende d'un mal de Bright). Toutefois, le mal de Bright se trouve favorablement amendé par la mort du fœtus.

Les causes du rein gravidique sont : 1° l'augmentation de la pression abdominale dans la grossesse ; 2° les troubles de nutrition du rein, liés aux modifications de la crase sanguine et de la nutrition générale ; 3° la gêne apportée à l'écoulement de l'urine par la compression des uretères (stase veineuse des veines utéro-ovariennes, et engagement de la tête fœtale).

Le rein gravidique peut, en outre, reconnaître pour origine une irri-

VUE DE LA PRESSE.

oduite par l'accumulation
nt de la dégénérescence

quelques cas, de nature
st indépendante de toute
rein gravidique et l'éc
e source pathogénique,

(Journal)

LE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

ier dernier de la Société
a donné sur ce sujet le
tout au point de vue de
première malade est âgée
Pothérat, dans le service
n mois après l'opération
, une grossesse normale
les symptômes d'une gr
rhagie abondante et un
fausse-couche qui n'éc
ta l'existence d'une tu
lumineux. Cette tumeur
est arrondie, lisse, rénit
l'utérus se confond avec
is. On prescrit le repos
muvais, les métrorrhagies
on peut constater, sous l
. Après avoir fait le cati
r de 14 centimètres, on
es suites opératoires son
e 28 jours.

a démontré ce qui suit
existe une salpingite in
arge. On trouve une poc
corne utérine droite. L
nince en haut, épaisse en

on trouve un placenta de 3 mois environ, décollé en partie; il n'y a pas trace de cordon.

Il s'agit donc d'une grossesse tubo-interstitielle; le fœtus ayant été expulsé et le placenta retenu, l'écoulement du sang provenait de cette poche fœtale.

La deuxième malade a encore été opérée à Dubois. Il s'agit d'une femme de 34 ans, à santé générale satisfaisante. La malade a accouché normalement il y a 2 ans; elle a eu une métrite qu'on a guérie. En octobre 1894 surviennent tout à coup une douleur abdominale syncopale, du ballonnement du ventre et des vomissements. On calme cette crise par de la morphine. Le lendemain, nouvelle crise de vomissements, puis nouvelle accalmie; enfin, troisième crise, calmée encore par des injections de morphine et de la glace *intus* et *extra*. Le 20 octobre, nouvelle crise de douleurs abdominales très vives; au bout de cinq jours, on l'apporte à Dubois.

A ce moment, on constate une tuméfaction abdominale remontant à 5 travers de doigt au-dessus du pubis; elle est molle, présentant des parties dures par places. Elle est mate. Au toucher, le col est long; l'utérus, peu volumineux, est refoulé vers le pubis. Dans le cul-de-sac postérieur on trouve une masse volumineuse, rénitente et molle, se continuant avec la masse abdominale. La température oscille entre 38 et 39 degrés. L'état général s'aggravant, on se décide à intervenir le 2 novembre, après avoir fait le diagnostic d'hématocèle due à la rupture d'une grossesse tubaire.

On incise le cul-de-sac postérieur. Il s'écoule une grande quantité de caillots. Par l'exploration, on trouve les annexes à gauche; à droite elles sont perdues dans les caillots. L'hystéromètre, introduit dans l'utérus, entre très profondément. On se décide alors à faire l'hystérectomie vaginale. Il sort de la poche rétro-utérine un fœtus de 8 centimètres avec un cordon et son placenta. Cette poche est formée par la trompe dilatée. On enlève les annexes. On nettoie la cavité; on met une mèche de gaze.

La guérison a été obtenue au bout de 5 semaines. On a donc eu affaire, dans ce cas, à une grossesse tubaire avec rupture de la poche fœtale. De plus, on a trouvé à l'union du corps et de l'isthme de l'utérus une perforation ancienne dont l'origine n'a pu être déterminée.

La troisième observation est encore plus intéressante.

Il s'agit d'une femme de 30 ans. Régulée tardivement, elle a eu un

accouchement à 28 ans. En janvier 1894, le
comme d'ordinaire. Elles n'ont pas apparu e
depuis. Elle a eu de plus d'autres signes d
surviennent des vomissements bilieux et
5 semaines les phénomènes péritonéaux p
s'amaigrit.

Le 4 juin elle entre à Cochin chez M. B
lonné, la malade très émaciée ressemble
une tumeur abdominale arrondie, remonte
peu à droite. La tumeur est formée de deu
séparées par un cordon vertical. La tume
tuante, liasse ; on y constate la présence d'
ments actifs. A la partie inférieure de cett
souffle placentaire. La tumeur droite a une
donnant la sensation de l'utérus se contra
est douloureux ; le col est dur, ouvert et e
droite. Dans le cul-de-sac postérieur on s

On fait le diagnostic suivant : à droite
poche extra-utérine, la tête fœtale étant e
Douglas. Le fœtus est vivant.

On intervient 15 jours après l'entrée de
fait une laparotomie médiane. On tombe s
est mince. On incise le sac, en bas. Il s'éco
Le fœtus est aussitôt saisi et enlevé rapidem
tion du cordon. On essaye de décoller le
donnant une forte hémorrhagie, on tampe

Ensuite on ferme l'incision abdominale
en bourse et on le fixe à la paroi ; on bo
gaze, et on applique un pansement.

Le jour de l'opération, la malade est trè
se fait le lendemain. Il se fait un peu de
gique par la plaie. L'enfant a vécu pendant
On a fait, le cinquième jour, le pansement
Le placenta se ratatine. Pendant 2 ou 3 jo
de septicémie ; mais le dix-huitième jour
plètement et l'état général devient parfait
tal le 2 décembre.

En résumé, dans les cas de grossesse extra
il faut intervenir avant le terme de la gro

est la laparotomie médiane, cette voie étant la plus large. Il ne se pas chercher à enlever le placenta à cause de l'hémorrhagie. Il se fixe le sac à la paroi et laver abondamment la poche. Le placenta sortira morceau par morceau.

(*Journal d'Accouchements.*)

VULVO-VAGINITE CHEZ UNE FILLETTE DE 5 ANS.

(In *Médecine moderne.*)

M. le professeur Grancher montre une petite fille de 5 ans entrée à l'hôpital pour une coxalgie. Pendant son séjour à l'hôpital, elle eut la rougeole et on la fit passer dans le pavillon des rougeoleux. Quelques jours après son entrée, l'enfant eut de la vulvo-vaginite. L'examen du pus on constata le gonocoque. Il s'agissait donc de vulvo-vaginite blennorrhagique, que la petite fille a pris pendant son séjour à l'hôpital. Du reste, d'accord avec M. Finger, M. Grancher n'admet plus la vulvo-vaginite simple. Si on ne trouve pas de gonocoques dans le pus d'un écoulement chronique, c'est parce que à longue ils peuvent disparaître. Quant à savoir comment l'enfant a pu être atteinte, il l'explique par la contamination et le transport par le linge ou les mains d'une infirmière de pus blennorrhagique quelconque (ophtalmie, vulvo-vaginite, uréthrite). Ce qu'il y a encore d'intéressant dans l'histoire de cette enfant, c'est que peu après sa vaginite elle eut des manifestations articulaires, d'abord au genou, puis à la main, à l'interligne du poignet. Les jointures étaient douloureuses, les gaines synoviales empâtées. Le salicylate de sodium n'a eu aucune prise sur ce rhumatisme, ce qui était une preuve en faveur de sa nature pseudo-infectieuse. Seule l'immobilisation dans un appareil plâtré l'a guérie. M. Grancher considère donc ces manifestations articulaires comme étant de nature blennorrhagique et consécutives à la vulvo-vaginite.

Etant donné la contagiosité de l'affection et la gravité de complications immédiates plus ou moins éloignées (car elle peut retentir plus tard sur les annexes), le professeur insiste sur la nécessité d'un traitement rapide et énergique. Dans ce but il conseille vivement les injections faites avec une sonde molle, très fine ; si l'œil de la sonde est loin de son extrémité, il arrive qu'on ne lave souvent que la paroi du vagin qui est immédiatement près de la vulve. Aussi vaut-il mieux

VARIÉTÉS.

ne sonde dont les yeux sont près de l'extrémité pénètre très loin et lave toute la surface, pour que la sonde ne ressorte pas immédiatement à la pression intra-vaginale du liquide, elle est terminée en boule ou d'olive, grâce à laquelle les lésions sont évitées. Le liquide à employer est le permanganate de potasse 1000, préconisé par M. Jamet. Ce liquide a deux propriétés : d'une part, c'est un antiseptique puissant ; d'autre part, il a la propriété de déterminer une réaction spécifique de la muqueuse ; il rend la muqueuse inapte à la culture du gonocoque. Le nitrate d'argent amène une diapédèse et une suppuration abondante. Ces deux propriétés d'antiseptisme et de réaction de la muqueuse rendent le permanganate de potasse plus efficace que les autres antiseptiques et on a obtenu, grâce à M. Grancher, des résultats très rapides. La dose est de 10 à 20 grammes de moyenne intensité, et dans les cas graves, 30 grammes. C'est le plus souvent chez les petites filles qu'il est le plus souvent efficace pour amener la guérison.

VARIÉTÉS

DEVANT SES CONTEMPORAINS. — Dans un ouvrage, publiée par la *Loi médicale*, M. le Dr Laënnec raconte une anecdote tirée de mémoires du temps. Le Dr Laënnec, très religieux, très cléricale, comme son nom l'indique, était, autant à raison de ses opinions qu'à cause de sa clientèle des plus aristocratiques. En tête de la liste des premiers titres qui suivent son nom est celui de *conseiller de la duchesse de Berry*. Était-il donc si mérité, comme il le méritait ? Il semble qu'il y ait un peu de l'ingratitude des épiciers dans la façon dont il a été traité. Une lettre de M^{me} de Châteaubriant au Dr Laënnec avec la plus admirable désapprobation, dit Laënnec, est parti pour son pays de Carentan, mais il a envoyé son mémoire à tout

parti de me porter à merveille
 édecin que le bon sens, et de
 vous cela ? En 1817, Madame
 broncho-pneumonie rubéoli-
 mites. Laënnec, son médecin,
 aïre. Deux ans plus tard, lui-
 erche un refuge dans un taillis
 our aller respirer l'air du pays
 onoraires qu'on a négligé de
 Ardez, le manant, dirait-elle

(Gaz. de Gyn.)

fut celui qui se maria, non le
 tendait, mais le second, parce

EN CAS D'OPHTALMIE DES NOU-
 nte prescrit aux sages-femmes
 giène ou à un médecin inspec-
 le accouchement que l'enfant,
 sa vie, n'est atteint d'aucune

mmes, soit parce que les dis-
 et incomplètement appliquée.
 rient toujours en aide à l'au-
 es enfants contre les sévices »
 ication de la loi. Comme pre-
 condamnation à cinq dollars
 ble : 1° d'avoir négligé la for-
 rt mal du reste, — un enfant
 umières d'un médecin.
 st aussi légère, c'est que cette
 t s'est engagée à s'y soumettre
 ctitude.

(Gaz. de gyn.)

ombroso a fait une statistique

ez complète, dans laquelle il a montré le grand nombre de faits qui se sont illustrés en tout genre.

Voici, dans l'antiquité, les propriétaires de tailles exigües plus signalés à l'admiration de leurs contemporains : Philopœmen, Narsès, Alexandre-le-Grand, Aristotele, Chrysippe, Laertius, Archimède, Diogène, Hippocrate. Et dans les temps plus modernes : Erasme, Linné, Gibbon, Montaigne, Pope, Mézeray, Lalande, Beccaria, Lulli, Cuvier, Izac, Thiers, Louis Blanc, Meissonier, etc.

BIBLIOGRAPHIE

— La méthode de Thure Brandt et son application aux maladies des femmes, par M. PELTIER. (*Th. de Paris* 1895.

CONCLUSIONS :

La méthode de Brandt conçue en 1859 ne put trouver sa perfection qu'en 1861. Simple à son début, elle se transforme par l'expérience et des applications nouvelles, et aujourd'hui elle se compose de différentes manipulations de l'utérus, dévié de sa position normale ; de l'élévation de l'utérus ; des mouvements de gymnastique, empruntés à la gymnastique (méthode de Ling) et du massage, qui d'ailleurs n'a rien de spécial au massage général.

Son inventeur, le major Thure Brandt, est né en 1818 ; après avoir passé par la faculté de médecine, il possède cependant des connaissances gynécologiques suffisantes et surtout une finesse que les meilleurs gynécologistes lui ont reconnu.

Il a formé de nombreux élèves, qui appliquent par le moins ou le plus la méthode.

Sa méthode est appliquée avec avantage dans le traitement des métrites et des paramétrites chroniques, des salpingo-oophorites ; des déviations utérines fixes ou mobiles, des prolapsus utérins et des menstruations anormales.

Dans la métrite chronique, sous l'influence du traitement, le volume de l'utérus diminue ; la leucorrhée et les hémorrhagies, dues à l'irritation, disparaissent ; les ulcérations et les érosions guérissent ; les symptômes subjectifs disparaissent rapidement.

Dans les paramétrites chroniques, les exsudats se résorbent ; les adhérences se distendent ou se rompent, l'utérus fixé ou dévié revient à sa position normale, les symptômes locaux et généraux disparaissent, et surtout la constipation disparaît. De même dans les oophorites chroniques.

Dans les déviations utérines le traitement est plus diffi-

plus d'insuccès ; il est surtout long, mais quand on sait s'armer de patience on obtient des résultats encourageants.

Dans les *prolapsus utérins* les ligaments se fortifient, le plancher pelvien recouvre sa tonicité ; le rétablissement de la circulation et de l'innervation normale vivifie les organes et les tissus et rend souvent la guérison possible.

Dans la *dysménorrhée*, les troubles dysménorrhéiques disparaissent, la menstruation se régularise, l'état général s'améliore et le malade revient à la santé. Dans l'*aménorrhée*, dépendant de causes locales, les règles s'établissent souvent et deviennent normales. Les hémorrhagies dues à des métrites chroniques, à des congestions passives, à l'atonie des organes peuvent s'amender aussi sous l'influence du traitement mécanique.

Les résultats cliniques ne sont pas encore suffisamment étudiés et rigoureusement recueillis pour permettre des comparaisons sérieuses avec d'autres modes de traitement, mais ils sont assez évidents pour inviter à poursuivre les recherches et tenter des expériences. De l'avenir seul dépend la sanction définitive, nous ne disons pas de la méthode telle que nous l'avons exposée, mais de la méthode transformée par son évolution future. Qu'en restera-t-il, nous ne saurions le dire ; mais ce qui restera, c'est l'idée de celui qui l'a conçue et il est juste qu'elle porte son nom, la *Méthode de Brandt*.

Des indications que nous venons de donner, il est facile de déduire les contre-indications suivantes :

La méthode est nuisible et dangereuse dans toutes les affections aiguës, accompagnées de fièvre et de suppurations. Elle est inutile dans les tumeurs et néoplasmes ou dans des affections dépendant de l'état général comme dans l'aménorrhée des poitrinaires et des brightiques. La méthode exige du praticien des connaissances approfondies de la gynécologie et des mains bien exercées ; du diagnostic exact dépend l'indication des manipulations nécessaires pour combattre l'affection donnée. Appliquée à tort et à travers la méthode sera plutôt nuisible. Pour être bien appliquée, elle exige des exercices prolongés, qui, seuls, peuvent assouplir les mains et développer le toucher.

II. — La gravelle urique et son traitement à Forges-les-Eaux, par le D^r DELEROSSE. Paris, Baillière, 1895.

III. — La crésal. Son emploi dans le traitement des bronchites en général et de la tuberculose en particulier, par le D^r H. BALLAND. Paris, 1895.

IV. — Également et autres défauts de prononciation, par le D^r CHARVIN. Paris, Société d'éditions scientifiques, 1895.

V. — De l'électro-amygdalotomie comme moyen d'ablation des amygdales sans hémorrhagie, par le D^r MOUNIER.

Voici les conclusions de cet intéressant travail :

Les avantages de l'électro-amygdalotomie sont les suivants :

- 1^o Absence totale d'hémorrhagie, même avec des amygdales volumineuses ;
- 2^o Opération peu douloureuse et rapide ;
- 3^o Ablation aussi complète que possible, même des amygdales peu saillantes et inopérables à l'instrument tranchant.

BIBLIOGRAPHIE

**Guérison radicale de la syphilis, par le
docteur de Bagnoles-de-l'Orne, par l'usage
régulier des végétations adénoïdes.**

NOTES :

On des végétations adénoïdes, qui
pas sans danger ; des accidents
Hay-Coller, Lennox Brown ; de
vent abondante, quelquefois inq
dans ces cas, malgré des symptôme
se, soit à cause d'une maladie ch
ou par suite de la pusillanimit
is m'ont conduit à chercher une
r.

Résultats obtenus ont été assez satisf
En 1891 de déposer à l'Académie
la description de cette nouvelle
méthode, on pouvait me faire deux
Mais mes observations n'étaient p
n'étaient pas guéris depuis un
fût pas possible.

Et cela que j'ai attendu quatre an
de plus, j'ai prié plusieurs confrè
puis apporter aujourd'hui cinq

malades ont été guéris, et il n'y
méthode que j'emploie ; elle est
simplément lui-même .

est d'une solution aqueuse à 100 p
cent) ; du coton hydrophile, non
désinfecté, est imbibé de cette s
en passant derrière le voile du
larynx avec une solution de cocaïn
dans le pharynx . les parties
malades.

La réaction est nulle, et dès la deuxième
injection ; la réaction inflamm
ne se produit ni par la toux ni par
la fièvre ou boire immédiatement après
prendre.

En dix séances au plus, faites tous
jours, les végétations disparaissent, et le malade est
souvent, à la quatrième ou cinquième
séance, guéri de l'aryngite catarrhale, qui n'est qu'un
catarrhe, exempt de tout danger, et
sans services, soit lorsque le médecin
ne peut pas intervenir, soit lorsque celle-ci est impossible ou dan
gère quelque jeune que soit l'enfant.

— HÉRAPEUTIQUE —

**ations sur la conduite à sui-
les enceintes. —** Nous extrayons
my, sur la conduite à suivre dans
bliée dans les *Archives de tocologie*,
lemande : Que reste-t-il à faire pour
n nous reportant, dit-il, à ce qui a
e trois solutions ont été proposées :
et extraire ensuite l'enfant le plus

dans l'agonie ;
ré et extraire l'enfant dès que cela
nts le commandent.
itions.

nère et extraire ensuite l'enfant le
temps les médecins obéissant à cette
ibuée à Numa Pompilius, encore en
: *Negat lex regia mulierem, quæ*
intequam partus ei excidatur ; qui
m gravidia peremisse videtur. Nom-
ivant a été retiré ainsi du sein de la
s conditions, négligerait de faire ce
nce, serait bien coupable. Mais ces
s résultats qu'on pourrait désirer ?
r, non pas pour décourager le méde-
; du décès de la mère, mais pour éta-
dans certains cas, il y a plus à faire
lant le dernier soupir.

lique de 510 cas dans lesquels l'opé-
nformément aux prescriptions de la
rants au monde, sur lesquels 66 mou-
ération ; 25 seulement survécurent,
vés (Manasse). Sur 453 cas véridiques
mes. — AVRIL 1895.

recueillis par Puech, on trouve 357 enfants morts, 101 vivants ; y ajoute 16 cas récents, ce qui donne pour 469 cas morts et 112 enfants vivants. Il est permis de penser que ces enfants extraits morts ont succombé dans les derniers moments de la mère.

L'enfant, dans cette période ultime des maladies maternelles, est exposé à plusieurs genres de mort : ce sont, d'abord, les troubles respiratoires et circulatoires de l'agonie qui accablent le fœtus par l'hypercarbone dans le sang de la mère qui ne peut plus lui fournir l'oxygène nécessaire à l'hématose du fœtus ; ce sont les fièvres thermiques rapides ou prolongées chez la mère qui ont une influence si défavorable sur l'enfant ; ce sont les autres troubles ultimes des maladies qui peuvent retentir sur l'organisme du fœtus : apoplexies placentaires qui étouffent les villosités, etc. Ces troubles existent déjà dans les cours de maladie, comme les affections pulmonaires et cardiaques ; leur action sera plus marquée au moment de l'agonie.

II. *Faire l'opération césarienne dans l'agonie.* — C'est à l'opération qu'ont eu recours quelques accoucheurs allemands pour sauver l'enfant au péril qui le menace. Manasse, dans sa thèse, a plaidé la cause et la légitimité de cette opération dans les cas déterminés en rapportant les opinions favorables des autorités en Allemagne, et en relatant les cas traités par cette méthode opératoire. Je ferai donc de fréquents emprunts dans les lignes qui vont suivre.

En 1871, Lowenhardt conseillait dans ses aphorismes obstétricaux, de sauver ce qui était à sauver dans les cas d'agonie, et ainsi, d'opérer dans l'agonie. Mais Lowenhardt n'a pas été le premier à prétendre que les résultats de l'opération césarienne seraient supérieurs dans ces conditions ; on trouve déjà cette idée défendue dans les vieux auteurs, comme Stein, Fuchs, etc. On trouve déjà auparavant, dans la littérature, la même idée (celui de Roser), opéré d'après ce principe. Lowenhardt, dans son chapitre de l'opération césarienne : « On doit assurer le plus de service à l'Etat et aux citoyens quand nous considérons que quand nous poussons trop loin les ménagements pour la mère, nous perdons l'enfant. »

(1) *De l'opération césarienne post-mortem considérée au point de vue médical.* Thèse de Montpellier, 1881.

faciliter la seconde existence. Nous
 dans de telles circonstances ; ainsi,
 irrévocable pour l'accoucheur, de
 femme qui porte un enfant vivant,

propositions de Lowenhardt restées
 les reprit et les confirma par ses ex-
 posant l'opération césarienne dans
 : « Si le diagnostic et le pronostic
 ont prédit la mort d'une femme enceinte
 et que l'enfant est vivant, et qu'on ne
 peut le délivrer par la voie pelvienne, on doit alors procéder
 à l'opération pendant l'agonie, aussitôt que
 les phénomènes qui feront mourir sûre-
 ment la mère (asphyxie de la
 pression sanguine pendant l'agonie,
 cyanose), dangers qui peuvent quelque-
 fois arrêter les battements fœtaux. » Dans
 Zweifel et Spiegelberg admettent
 de faire l'opération césarienne pendant

les conditions requises pour faire l'opé-
 ration : 1° qu'on doit avoir diagnosti-
 qué rend impossible la continuation de
 la vie de l'enfant ne laisse aucun doute.
 On ne peut oser porter l'instrument sur
 le ventre de donner son consentement à
 la femme. Fulda, Stein, Ritgen, tout en défen-
 dant l'exécution les décourage, comme
 un crime ; d'autres sont retenus par un
 scrupule, cette pratique paraît inhumaine.
 Les femmes destinées à provoquer le travail et
 à ouvrir l'orifice ont subi dans ces dernières
 années qu'il est permis d'espérer obtenir la
 délivrance par les voies naturelles, sans être
 obligé de la nécessité d'ouvrir le ventre de la
 femme vivante.

*accéléré et extraire l'enfant dès que
 les accidents le commandent. — Provo-*

- quer simplement le travail par les moyens ordinaires, cela ne suffit plus en cas de mort imminente à obtenir une dilatation rapide du col et de l'opérer à bref délai à l'extraction du fœtus par un travail accéléré. De la sorte, on sous-estime les conditions défavorables qui le compromettent et on n'améliore la situation de la mère. Combien de femmes sont rétablies après un coma prolongé ! C'est pourquoi, à cause de ces dangers, le médecin évitera d'employer tout moyen forçant l'accouchement accéléré en adoptant une sage et prudente tactique de ménager l'utérus, aucune lésion incompatible avec le prolongement possible de la femme. Ce sera donc la règle qu'il faudra s'adresser en premier lieu et ne recourir qu'en cas de nécessité immédiate et absolue à l'accouchement accéléré.

Il me suffira donc de rappeler les moyens par lesquels on obtient un accouchement accéléré.

Le colpeurynter a été utilisé pour dilater le col avec l'appareil électro-ptérygoïde de Chassagnon et l'appareil de dilatation du col.

Les sacs ballons de Barnes introduits dans le canal cervical ont déterminé la dilatation du canal cervical.

C'est surtout aux ballons de Champetier qu'on a eu recours dans ces derniers temps pour obtenir une dilatation de grandes dimensions qu'on peut lui donner, et on peut y ajouter pour l'engager à travers le col. On peut ainsi, par des tractions manuelles exercées sur les cordons, déterminer chez une femme valide une dilatation sans produire de lésion.

Sur un orifice déjà partiellement ouvert, on peut également, dans certaines occasions, employer le travail et de la dilatation.

Enfin, Rossi a proposé récemment un dilateur à branches, destiné à produire rapidement, et même inférieur à une demi-heure, la dilatation dans les cas pressants. On trouve la description de cet appareil dans un mémoire publié dans les *Nouvelles Archives de gynécologie*. Il s'exprime ainsi : « La dilata-

minimum, ou bien d'une
procéder à l'extraction, soit
t rapporte 19 observations à

peut utiliser dans les cas
et de l'accouchement accé-

ant, lorsque la femme n'a
recourir à la dilatation ma-
ratiquée, pour la première
ne agonisante, et érigée en-
izzoli en 1833. « La dilata-
cette manœuvre n'entraîne
érateur introduit d'abord
s en dilatant graduellement
si la main entière à travers
le se faire, ou commencée
liqués, rend naturellement
).

(*Arch. de Tocologie.*)

femmes en couches,
cque)(1).— On peut le dire
est presque toujours tout-
moins pour *guérir*. Aus-
e, faisons-nous tous nos
aison que j'ai pensé que
à vous exposer les pré-
à la clinique, pendant la
ierai les résultats obtenus
894 à l'heure actuelle. Ces
ix obtenus les années pré-

ple, aussi succincte et aussi
ime que je vous rendrai un
étant donné les nombreux
ion, vous pouvez être fort

hésitant dans la pratique. C'est ainsi que dans le *de Tarnier* sur l'antisepsie obstétricale, vous trouverez bonnes choses ; il faut que vous lisiez ce livre. Il n'a pas été par l'homme qui, le premier, s'est occupé, d'une façon à supprimer l'effroyable mortalité de nos parturientes, trente ans, n'a cessé de penser à ce sujet.

Seulement, même après avoir lu ce livre complet, je doute quelque doute sur le moyen à choisir, et c'est pourquoi je doute que je désire vous exposer, avec la plus grande précision, ce qui me suffit dans ma pratique.

Cela dit, je prends une femme qui nous arrive pour la première fois, cette femme peut se trouver au début du travail ou au début d'expulsion.

Lorsqu'elle arrive au début du travail, un premier soin que nous négligeons jamais, c'est de la mettre au bain si possible, dans un bain de carbonate de soude aromatisé. Sortie du bain, elle est recouverte d'une chemise sortie de l'étaffage, et dans son lit, recouverte d'une chemise sortie de l'étaffage, ne lui sont rendus qu'après avoir passé également à l'eau, on fait la toilette des organes génitaux et l'on pratique l'injection vaginale antiseptique. Cette injection est faite aussi bien pour la femme que pour l'enfant, l'asepsie du vagin avant l'accouchement, avant de supprimer, pour ce dernier, de nombreuses causes de mort, sur lesquelles il est inutile d'insister.

La substance antiseptique dont je me sers depuis longtemps est le biiodure de mercure à 1/4000.

Cet antiseptique n'est pas apprécié très favorablement par tout le monde ; mais, dans ma pratique, il m'a toujours donné de bons résultats. Je n'en adopterai un autre que lorsqu'il surpassera le biiodure.

Ces injections, pratiquées pendant la grossesse, ont été, comme susceptibles de provoquer une expulsion prématurée, comme Jacquemin, en particulier, a accusé ces injections d'être nuisibles, et, à ce titre, de prédisposer à l'accouchement prématuré.

A l'époque où je voulais faire quelques accouchements pour des bassins rétrécis, j'ai pratiqué ces injections avec persistance, et jamais je n'ai pu faire naître une complication. S'ensuit-il que toutes les femmes doivent prendre ces injections pendant la grossesse ? je ne le dis pas, mais elles peuvent

septiques doivent être faites avant l'ac-

chons, de temps à autre, toutes les femmes
que cette manœuvre était dangereuse ; l'
semblant montrer que les femmes te
ent donnaient une proportion plus gra
té. Ce n'est pas mon avis ; et cela au
r ma clientèle privée, car ma conduite

Le toucher, cela est vrai, peut infecter l
ue je vais vous indiquer ne sont pas p
it totalement lorsque les précautions su
cheur qui suit le travail avec le doigt
nes complications possibles, que l'on
n ne les sent pas. Dans ce nombre,
ordon, par exemple.

il faut rendre ce toucher inoffensif. Lav
ire, aussi complet que possible, et, en p
ngles, qui doivent être extrêmement cour
l'époque où l'on considérait la saillie ex
ucheur comme une condition indispensable
s à l'occasion. Lorsque cette indication
es moyens d'action bien préférables.

d'un corps gras, la vaseline mêlée à u
exemple. Mais pour que cette vaseline
que le petit vase qui la contient soit pl
un liquide antiseptique. Le doigt bien l
es employés pour cet usage peuvent (e
ille) pour se graisser, est obligé de trav
une couche antiseptique destinée à év
ré doit éviter de toucher les parties géniti
rès propres — lavées au savon et au b
ai, éviter complètement les poils, car il
iger à raser nos paturientes, mais on p
ontact de ces poils. Il faut bien le sav
fection, il suffit de s'en rapprocher le p

s ne craignons pas de prescrire des inj
iser l'expulsion. Il va sans dire que les

REVUE DE THÉRAPEUT

font pendant le temps du t
enues complètement asepti
liquides antiseptiques.

lsé, vous avez appliqué, sur
upe antiseptique et, dès que
njection vaginale.

après l'accouchement, ne s
on fait pendant la grossesse,
précautions particulières :

nale, guidée par le doigt, ne
centimètres, et le réservoir

é de plus de 20 à 25 centim.

s lever le réservoir à bout d
le énorme qui résulte de ce
matisme dans les parties gén
pas, pour cette femme, d'une
ge du vagin, destiné à le dé
robes qui ont pu s'introduire

de plus que ce que je viens
on intra-utérine. Les statistiq
t de la sorte d'excellents r
de ces statistiques, mais me
nt pas d'injection intra-utéri
ne vois pas qu'il soit néces
ût-elle, lorsqu'elle est inul
e ceux qui font ces injectio
. rien, je m'abstiens. D'auta
nt faites dans la perfection,
qu'elles sont faites, sans pré
xposée à un contact suspect
je crains qu'on ne fasse sou
e faut pas être absolu : les in
as ordinaires, sont bonnes da
nfiées à vos soins au mom
t probable que le vagin n'a
puis pas être sûr de ce vagi
de devenir une cause d'inf
être faite jusqu'à ce que le

en une véritable fontaine Wallace. Les
e protégés avec de la ouate antiseptique
ans son lit. A partir de ce moment, les
t on ne fait plus que des lavages des orga-
et soir ; à moins que les lochies devien-
nous revenons aux injections vaginales
ctions intra-utérines.

ctions vaginales répétées, je ne saurais
sultent pas de l'injection elle-même. Si
rgiens qui renouvellent leurs pansements
rait pratiquement facile de faire ces in-
s pourrions être tranquilles sur les suites,
s ces injections deux fois par jour n'est
r, il peut être dangereux, à un moment
anceuvre à une personne qui n'a pas tou-
té voulues.

ée est une grosse chose, très difficile à
. : donner à une accouchée récente son
fs, paraîtra bien souvent étonnant aux
rien d'extraordinaire. J'étais encore chef
j'entendais tous les jours mon chef pres-
ées : bouillon, potage et deux litres de
utile de prescrire cette diète relative ?
en convaincre, voyez la physionomie de
maugent comme tout le monde !

laquelle je crois devoir appeler tout par-
; c'est que nous ne gardons pas assez
uchées.

au bout de cinq à six jours n'est pas
pas malade, c'est vrai, mais, plus qu'une
s sortes d'infection. On vous dira qu'à
litées que trois à quatre jours. C'est pos-
médecins exerçant dans les pays où les
occupations le quatrième ou le cinquiè-
. bien vite que, chez ces femmes, les
les salpingites, les ovarites sont d'une

ment nous sommes désarmés contre l'in-
art précipité de nos femmes. Remédier

E DE THÉRAPEU

ions sociales qui
otre fait, mais cl
aire tous ses effor
olique pour que
s. Nous ne pouva
ménage, ses aut
ien la fatigue, l
va être exposée
vie !



ation des noi

NER. On a soute
liments préparés
lant démontré le
qui ont été faites
farineux, celles c
nbinées avec l'ex
s féculents. Il r
ires au moins c
sation des fécul
re dans plusieurs
un grand nomb
ntenant de la féc
oncours de M.
e potages prépar
dosage très exa

ant 2.900 gramm
arine de riz ; l'a
été assimilée en
de quatorze sen
trente-neuf heur
ût déjà mourant,
rt, on ne put isc
05 centigr. de fé
seulement.
ids de 4.400 gra

huit heures, 133 grammes de farine de riz, ce qui équivaut à 99 gr. 75 centigr. de farine desséchée. Cet enfant en digéra 99 gr. 70 centigrammes.

Une petite fille âgée de quatorze semaines, du poids de 3.260 grammes, fut nourrie pendant trente-quatre heures avec 57 grammes de fécule. Elle en digéra 31 grammes.

Il résulte de ces expériences que des enfants même très jeunes et très affaiblis sont capables de digérer des féculents aussi bien que de l'albumine et des graisses. Je ne prétends pas pour cela qu'on doive nourrir exclusivement les nouveau-nés avec de la fécule, et voici les raisons sur lesquelles je m'appuie :

La farine de riz ne peut se donner qu'en solution à 6 0/0, car sans cette précaution la bouillie serait trop épaisse ; or, on ne peut pas faire ingérer à un enfant de deux mois 1 litre de liquide sans nuire à sa santé. On pourrait donc tout au plus lui administrer par vingt-quatre heures 60 grammes de farine, équivalant à 175 calories, en laissant au sein de la mère le soin de lui fournir les 490 calories complémentaires.

Les farines préparées spécialement pour les petits enfants présentent le même inconvénient ; en outre, elles contiennent trop peu d'albumine et trop peu de graisses. Enfin, le sucre de canne qui entre dans la préparation de ces farines doit être proscrit de l'alimentation des nouveau-nés, à cause de sa grande fermentescibilité.

Toutefois, lorsque la digestion est troublée, on peut préconiser l'usage de la farine, parce qu'on ne provoque ainsi aucune irritation de l'épithélium intestinal. J'ai souvent vu disparaître certaines dyspepsies chez des nourrissons en leur administrant un potage à la farine. La farine de riz semble se prêter le mieux à ce but, peut-être parce qu'elle a des grains plus fins que la farine de froment. La farine de bananes est aussi excellente.

On prépare ces potages en ajoutant 25 grammes de farine de riz à un demi-litre d'eau ; il faut avoir soin de délayer cette farine dans une toute petite quantité d'eau froide et d'y ajouter de l'eau bouillante, puis de faire bouillir le tout une demi-heure. Ce régime ne doit pas être continué pendant plus de huit jours.

M. AUERBACH. — A l'île de Java les nouveau-nés sont nourris au sein et prennent en outre sans inconvénients de grandes quantités de farine de riz.

(*La Revue médicale.*)



34. — Traitement de la cystite douloureuse femme. — M. L. Bleynie rapporte deux observations datant de deux à trois mois. Après avoir épuisé toutes les thérapeutiques, M. Bleynie, au lieu de recourir à l'emploie de la sonde vésico-vaginale, employa par analogie la dilatation de la vessie afin de créer une incontinence d'urine artificielle. Chez la première malade, cette dilatation fut suivie le même jour d'une hématurie vésicale grave. Au bout de trois semaines la guérison eut lieu. Dans le second cas a été suivi également de guérison de la cystalgie et de l'incontinence d'urine.



35. — Pathologie et traitement des inflammations utérines. (*American Journal of Obstetrics*, 1894.) — M. Scott publie un important travail sur cette question, inspiré par les tendances essentiellement conservatrices, et résumant l'état actuel de nos connaissances sur la pathogénie des inflammations utérines.

Les espaces sous-péritonéaux du bassin, comme le fait M. Scott, sont en rapport intime avec l'utérus par le moyen des fibres lisses de l'utérus, dans les ligaments ronds et la présence d'un très riche plexus lymphatique.

Dans les inflammations catarrhales des trompes, affection tout à fait simple et secondaire à une endométrite, il se produit une abondante exsudation séreuse : une péritonite locale se déclare du côté de l'orifice abdominal, qui se trouve ainsi obstrué. L'orifice utérin se bouche à son tour et la trompe est remplie par un liquide séreux ou du sérum contenant de la cellulose, constituant ainsi un hydrosalpinx. Qu'il survienne la même inflammation causée par infection, froid, traumatisme, blennorrhée et l'hydrosalpinx se transforme en hématosalpinx ou en pyosalpinx.

La périsalpingite avec péritonite, adhérences, épaississement de la paroi, accompagne souvent ce processus. La trompe adhérente à l'ovaire est souvent celle-ci avec elle dans le cul-de-sac de Douglas où on peut sentir derrière le col.

Le pyosalpinx est justiciable de la laparotomie : une infection d'un degré moindre peut être traitée par le repos prolongé, les injections chaudes, les révulsifs. On doit surveiller la température du ventre.

E DE THÉRAPEUTIQUE.

et dépend le plus souvent d'une pro-
des trompes : elle est folliculaire ou pi-
le. Le traitement est le même que celui
olée.

t être généralisée ou localisée à la po-
l'un ou l'autre des organes pelviens. E-
tissus, transsudation abondante d'un li-
anes, adhérences, cloisonnement, dévi-
on d'abcès qui peuvent demeurer longte-
our dans un des organes voisins, — tel
du processus sous ses différentes form-
nt généralement intra-péritonéaux, li-
es englobant intestin, ovaire, trompe,
point de départ est le plus souvent

hatiques, qui de l'extrémité supérieur-
us se répandent dans les espaces sous-
llets du ligament large explique sura-
les cellulites pelviennes. Les masses
de l'utérus entraînent les déplacements

étrite septique, il faut curetter avec
irrer de gaze.

n'est pas démontrée, repos absolu au-
s matin et soir, opium après évacuation
einture d'iode, glace, toniques. Mais s'i-
le ventre, évacuer et laver consciencie-
(*Revue de thér. méd. chir*



lectrique de la para et périmé-
V. KOUFIDONOFF. (*Journal d'obstétriq*
, n° 48, 1894.) — L'auteur s'est servi
ode d'Apostoli, un peu modifiée. Ai-
oins forts (de 10 à 60 milliampères), l-
unication avec le pôle positif (chez Ap-
ée de la séance était également beat
éthode d'Apostoli (d'une à deux min

REVUE DE THÉRA

dans huit cas une
notable, dans tr
as il y a eu de l'aq
is.

es avantages de sa
nt pas détruits : l'
le douleurs ;
uvent vaquer à le
ut être appliquée

et la sensibilité
ration rapide de l
lement que les co
che elle est exem
erniers.

(*méd. chir.*)

puerpérale : 1
bre 1894.) — M.

qui se présentent
ncement de leurs
de n'existe plus,
beaucoup de mal
ents.

re ou locale (ul
o-membraneuse,
, pyémie, septicén
ccouchement n'e
consciencieux des
le diagnostic.

ection, les injecti
de potasse, eau
ies d'un curetage
on chaude sera c
iodoformé introd
place. L'injectio
crayon iodoformé

Si l'infection s'étend aux trompes il faut maintenir de la glace sur l'épigastre. La promptitude dans le diagnostic et le traitement est essentielle.
(*Revue de théér. méd. chir.*)

38. — Dilatation manuelle extemporanée du col. (*Société obstétricale et gynécologique*, décembre 1875.) — M. HARRIS emploie le procédé suivant quand la grossesse est déjà avancée et que la délivrance rapide s'impose, soit pour placenta prævia, soit pour toute autre raison. Il faut toutefois que l'index puisse être introduit sans difficulté, sinon il vaut mieux recourir aux autres méthodes de dilatation connues, telles que les ballons, etc. La méthode de l'auteur a été employée par lui dans sept cas de placenta prævia, dans six cas de présentation oblique et dans deux cas d'éclampsie. La femme étant anesthésiée, on fait glisser sur lui le pouce, dont l'extrémité est d'abord introduite obliquement, en coin, entre l'index et l'orifice cervical. On recourbe alors l'index à l'intérieur de l'utérus et le troisième doigt est glissé à son tour de la même manière, et ainsi des autres. L'auteur décrit minutieusement chaque temps de cette manœuvre, qu'il décompose en six positions successives. La main entre ainsi aisément tout entière et le décollement des membranes, suivi ou non de la version, s'effectue dans d'excellentes conditions de rapidité et de sécurité.
(*Rev. de théér. méd. chir.*)

39. — Traitement local de l'endométrite puerpérale. — M. TEN BOKKEL HUININK (*Nederlandsch. Tydsch. v. Verlosk. en Gyn.*, n° 5) décrit le traitement employé à la clinique du P^r Van der Mey, qui est basé sur l'emploi de la teinture d'iode. Dès que la fièvre fait son apparition dans le cours du puerpérium, les organes génitaux sont minutieusement explorés ; les ulcérations, les plaies, quelles qu'elles soient, sont désinfectées avec une solution forte de sublimé, puis badigeonnées avec de la teinture d'iode. Si la température se maintient élevée, la cavité utérine tout entière est badigeonnée avec le même caustique, après désinfection minutieuse avec l'acide phénique ou le sublimé. Dans 52 cas traités à la clinique, et où cette méthode a pu être appliquée à temps, l'infection a été radicalement enrayée.

FORMULAIRE

Utilité des badigeonnages de gaïacol dans le tr péritonites aiguës.

(Jules CHÉRON.)

On sait que les badigeonnages de gaïacol produisent une réaction pyrétiq. très marqué dans la tuberculose aiguë, le typhoïde, la pneumonie, la pleurésie, etc. A côté de ces propriétés pyrétiq., le gaïacol, employé en badigeonnage, possède des propriétés analgésiques qu'on a utilisées contre les douleurs tuberculeuses, les douleurs rhumatismales, le névralgisme, etc. Dans certains cas d'arthrite, dans certains cas d'orchite, les badigeonnages ont été très encourageants, non seulement au point de vue de la température et de la douleur locale, mais encore au point de vue de l'arrêt du processus inflammatoire.

La connaissance de ces faits m'a engagé à employer les badigeonnages dans la pelvi-péritonite aiguë ou sub-aiguë. On emploie le carbonate de gaïacol pur, à la dose de 0,50 centigrammes en badigeonnages, au point le plus endolori de la région (le plus souvent au-dessus de l'arcade de Fallope). La réaction pyrétiq. apparaît dans les quelques heures qui suivent. La douleur est rarement immédiate, mais elle est bien plus intense pendant 1 heure à 2 heures et se maintient souvent pendant 24 heures.

Nous conseillons de faire ces badigeonnages tous les 2 à 3 heures, sans dépasser la dose de 0,50 centigrammes pour chaque point. On évite les phénomènes de dépression, qu'il est important d'éviter (surtout la première semaine), et de préférence dans la soirée, lorsque la température a atteint son maximum.

On ne doit pas négliger, pour cela, de soutenir la circulation et de combattre énergiquement l'hypotension artérielle si accentuée, qui juge la gravité immédiate de l'affection. On fait des injections hypodermiques de sérum artificiel, faites à la dose de 10 à 20 centigrammes, aussi souvent répétées que l'exige la dépression de la circulation. D'après notre avis, la méthode thérapeutique la plus efficace est celle-ci.

Directeur-Gérant, D^r

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place

7UE

RURGICALE

B

DES FEMMES

YNÉCOLOGIE

CHLORURE DE ZINC DANS LE L'ENDOMÉTRITE.

u'on tue, dit le proverbe. Le
le crayon de chlorure de zinc
utérine est du nombre de ces

ante sur la thérapeutique intra-
ue et de gynécologie de Paris,
arons peut-être à revenir dans
M. Dumontpallier a cru devoir
collègues, comme méthode de
procédé des bâtons au chlo-
cavité utérine et provoquant
ueuse malade et son élimina-
produire des atrésies du col.
que cinq fois sur cent (1). Cela
a méthode qui a de nombreux
peut opérer seul, sans aide ;

e, en réunissant tous les cas soumis
rure de zinc, la proportion relative-
nsécutifs à ce procédé renouvelé de
le, alors surtout que les méthodes
t n'exposent jamais à de semblables

REVUE DE C

soin de chloroforme
curettage a été
p de terrain ; on
de glycérine
Nélaton, de badi
ne un retour à
procédé d'être doi
nes ne souffrent
a dit que la muq
régénère si bien
le l'échare, si
ication de chlor
s grossesses ulté
re, après le cur
er stérile. On a
ies du col après
C'est que l'opéri
s bâtons contenu
de seigle et je g
a partie qui cor
s que des atrésie

ations *rapides* au c
dans certaines end
cela n'a rien de com
térine telle que la
tre vrai pour les m
chloroforme serait
chez les femmes du
s les moyens aveu
is à demeure dans l
us, exactement ce qu
chance ; souvent la
l'absence de régé
sera trop faible et
sibilité d'agir, d'un
nuqueuse à détruire
n cas donné et encc
seulement la méthod
est cependant une
ésie, de l'état fibro

« traitement ainsi fait est très
appliquer. »

vons tenu à citer complète-
façon dont cette communi-
rait mieux fait sans doute,
thérapeutique, de garder le

onnage morte et définitive-
fais puisqu'il faut, pour l'a-
porte. J'ai enlevé dernière-
étonné par la méthode de
hié, la muqueuse n'existait
ment effacée. Il est inexact
rettage ; ce qui est vrai, c'est
tions. On sait qu'il s'adresse
et ne guérit pas celle du col.
compléter l'opération par le
ge du col, suivant l'instru-
ratiquer l'évidement du col
on amputation par le procédé

ien sont exceptionnelles les
ettage bien fait. On a accusé
rilité ; il a vu, en effet, une
rettage. Mais on s'est avisé
était diabétique et cryptor-
ités dues à de l'endométrite,
njoint.

sies cellulenses dont parle
ns doute par là, remarque
les bourgeons charnus, qui,
ement franchissables. Mais
lement la phase de début
ute plaie profonde, la plaie
L. Dumontpallier guérit par
plus tard, se transforment en

ciel fibreux et rétractile.
 évolution sur l'utérus c
 de bâtons de chlorure
 ale pas l'influence du b
 . L'orateur est persuadé c
 i vu un certain nombre
 par M. Dumontpallier. .
 que de ces femmes quand
 es avaient subi ; elles a
 douleurs de la première
 n. Beaucoup de ces femm
 u guérir un grand nomb
 répété ou par l'électro
 était complète et il a fi

ur terminer, l'opinion de
 l, de voir M. Dumontpalli
 présence des désastres
 alité d'un traitement doi
 méthode ne répond pa
num non nocere. C'est po
 out le monde. C'est pour
 a défendre. »

oyons nos lecteurs à no
ayon de chlorure de zinc
s , parallèle avec le cur
 lle du 25 septembre 1890
térines à la suite de l'
zinc dans le traitement
 ernier travail, nous repr
 Walton et une observatio
 facile, ajoutions-nous de
 uses, aussi démonstrativ
 t. Les cautérisations de
 chlorure de zinc laissé

lé de traitement des endométrites, u dangereuses. Espérons donc que de revenir sur cette question qui s gynécologues compétents étant mode de traitement, qui, comme D^r Walton, est la négation de aisonnée ».

JULES BATUAUD.

POST-OPÉRATOIRE

irurgicales (*Mania operativa passiva*)

• névropathes (1),

D^r GLORIEUX.

lent collègue et ami le D^r Jacobs *de Gynécologie et d'Obstétrique* ion sur les complications mentales opérations, de gravité différente, e la femme. D'après lui, ces cas t graves et se terminent fréquem- ne. A la même séance, comme les torts qu'il venait de formuler ela les résultats de la pratique du e, qui, chez toute folle présentant 'utérus ou des annexes, pratique s et obtient ainsi des guérisons ou dans l'état mental.

ribuer ces cas de folie post-opéra- cobs, la majorité des cas de trou- opérations pratiquées sur les orga- uses que ceux qui se produisent irurgicales quelconques. Ce sont : le 'intoxication par les antiseptiques

ou les médicaments que l'on emploie pendant ou après l'opération, enfin l'intoxication par le chloroforme.

Nous laisserons de côté les folies qu'on appellerait plus justement *folies médicamenteuses ou toxiques plutôt que folies post-opératoires* ; nous ne dirons rien du choc opératoire ou choc du bistouri dont nous ignorons le mécanisme physiologique pour ne parler que des folies qui doivent être rapportées au *choc moral* que produit une opération ou même l'indication d'une intervention chirurgicale.

Dire à une femme qu'elle devra subir une opération, c'est lui annoncer une nouvelle terrible, qui peut-être sera son cauchemar et du jour et de la nuit. Fatalement, la femme nerveuse exagérera tous les risques de l'opération, elle se préparera à mourir et aura son système nerveux en tension jusqu'au moment de l'opération. Ajoutez à ces préoccupations légitimes une *prédisposition héréditaire ou acquise* aux affections nerveuses et vous trouverez facilement la raison d'être et le mécanisme physiologique de ces troubles mentaux.

Nous savons bien que grâce aux progrès de l'antisepsie et grâce à l'habileté des chirurgiens, le mot « opération » ne mérite plus d'inspirer tant de crainte et de méfiance. Mais le public gardera encore quelque temps cette sainte horreur des opérations du ventre, pour me servir de son expression, et il se rappelle qu'il y a quelque dix ans toute femme à qui on ouvrait le ventre était morte le lendemain, l'opération ayant toujours bien réussi, mais les suites ayant été fatales.

Une question intéressante à résoudre serait celle de savoir si les folies post-opératoires surviennent plus fréquemment après une intervention sur les organes génitaux que sur tout autre organe ?

Le moindre trouble qui se produit aux organes génito-urinaires a la propriété d'affecter tout particulièrement le moral des malades. Que de fois ne voyons-nous pas arriver à la Polyclinique des cas de neurasthénie grave, frisant l'aliénation mentale et dont le début remonte à une blennorrhagie radicalement guérie, ou due à une gonorrhée existant plus à l'état d'obsession qu'en réalité. D'autre part, en gynécologie, comme les opérations se pratiquent non à ciel ouvert, mais dans des cavités, tout est mystère pour la femme et un simple curetta-

ge prend les mêmes proportions d'importance qu'une castration totale : tout est opération, et toute opération effraie et inquiète les névropathes.

Nous donnons nos soins à une dame qui est atteinte depuis huit ans de neurasthénie hypocondriaque : tous ces désordres nerveux datent du jour où, pour une affection d'estomac elle alla consulter un médecin qui reconnut l'existence d'une congestion de la matrice et conseilla des scarifications du col : c'était là une opération pour la malade et depuis lors son existence est empoisonnée et elle en a pour ainsi dire perdu la tête. Il est évident que dans les cas de l'espèce il faut admettre la prédisposition morbide.

Nous avons vu un vrai cas de *folie dentaire* survenir après des névralgies dentaires : la malade avait une frayeur d'aller chez le dentiste ; le fait d'y penser la faisait délirer. Les exemples ne manquent pas de folies survenues à la suite d'un violent choc moral, de quelque nature qu'il soit, quand ce *nervous shock* se produit chez une personne dont le système nerveux n'est pas des mieux équilibrés.

L'influence du choc moral, de la peur du couteau, sur la production des affections mentales post-opératoires est nettement établie par un exemple clinique signalé par le D^r Van Hassel, de Pâturages, à la Société belge de gynécologie.

Ce praticien éclairé fut consulté par une jeune femme atteinte d'une rétroversion utérine très douloureuse et il proposa une opération qui fut catégoriquement refusée. L'année suivante, cette femme devint enceinte et eut une fausse couche, au troisième mois de sa grossesse. C'est alors qu'apparurent les troubles nerveux, des insomnies quasi-continues, une exaltation sensorielle avec des crises convulsives, de la perte de la mémoire, des frayeurs subites..., bref, tous les signes d'une folie hystérique. N'obtenant aucune amélioration par les méthodes thérapeutiques ordinaires, le D^r Van Hassel songea à l'influence que pouvait exercer peut-être l'ancienne affection utérine, sur la production de ces troubles mentaux, et il proposa la cure radicale par une opération.

Au mot d'opération, la femme jeta des cris d'effroi et dès ce moment, tous les symptômes vésaniques s'accrurent de plus en plus : des idées d'exaltation religieuse et de tendance au

imprudent conflit. Des am-
die en cite plusieurs exem-
porté par ce dernier auteur
il s'agit d'une jeune fille
fection du genou, la jambe
loulours étaient insupporta-
nt refusés à toute interven-
consentit à opérer ; l'am-
genou montra une articu-
parfaitement saine, présen-
ce de l'état physiologique ;
peu résistants à la scie, les
e cela se voit communément
longtemps immobilisés. .

était guérie de ses souffran-
! car fréquemment l'inter-
re et radicale qu'elle ait été,
sur quelques jours ou quel-
s recommencent accusant les
u ailleurs. C'est malheureu-
alade dont nous allons vous
: aujourd'hui qu'on lui a en-
es sont encore si nombreu-
sation.

e, a joui d'une bonne santé
est mort subitement à 40 ans
ction du cœur à 55 ans ; ses
s ; tous sont nerveux et vifs,
nerveuses.

.. s'était fait un effort dans
le dos tout à fait courbé.
sulté appliqua des cautères
ale ; la pauvre fille en porte
les. N'obtenant par ce trai-
ion, ni au point de vue des
ue de l'attitude du tronc, la
ère, se décida à partir pour
e, elle se tenait moins cour-
e n'était pas guérie. Depuis

MÉMOIRES ORIG

fection, les pertes
ndantes et périodiqu
che sous forme d'l

ndant environ un
rouvant toujours d
beuge d'un nouvea
oins : celui-ci penda
ulièrement des pois
force médicaments
voulut que ce méd
n confrère plein d
es sens et découvr
ait là le corps du
id est quod est pr
: mois des incisions
, ordonna des inje
établir le flux mens
local fut continué p
regrettait néanmo
s commencé à s'en
e traitement, applic
tre la jeune fille de
citation nerveuse :
se extrême ; elle p
ments et, dans le c
l, trois fois on lui s
nt qu'elle allait moi
e servir de son exp
sa mère vint modi
mère alitée et moi
s duménage et, boi
nt à un état de santé
t de sa mère, elle
is en Belgique et, s
alla trouver le méd
e toutes ses misère
à Bruxelles se fair
r, il faut le dire à s

ner un médicament interne

r, n'était pas dans les bonnes
llait un traitement objectif,
que chose qui ressemblait à
e de traitement, elle se ren-
ui fit la dilatation du col de
mois à cet hôpital, elle re-
nombreux anciens médecins
station. Après plusieurs mois
issant que les précédents, le
rtir pour Bruxelles chez un

ur aller subir une opération
difficulté ni d'empêchement.
onta avec un certain air mo-
es maux ; le spécialiste trouva
ontraire eût été étonnant après
urettage et remplaça la matrice
semaines après l'opération,
ante qu'auparavant : les dou-
tre, les vomissements, les in-
tes ses plaintes on lui répon-
sera. » On ordonna des injec-
igé à certains jours de recou-
it les douleurs étaient violen-
en octobre 1893, la malade
grand cris qu'on lui fasse une
soulager et de lui rendre la

génitaux fit découvrir l'exis-
gements larges, est cette fois-
lade, et espérant amener une
al, le spécialiste enleva tout,

et les huit premiers jours, tant
s douleurs du ventre avaient
debout, les souffrances re-
, pleura des journées entières

et, malgré les paroles encourageantes des autres, elle ne parvint pas à prendre le dessus. Triste et découragée, elle fut finalement guérie de sa grave opération, elle se remit à travailler. Dans le train elle eut faiblesse sur faiblesse, probablement hystérique envahit tout son être, elle en constatant ce gonflement généralisé considérable, étant très grave et fit administrer la malade.

Fin novembre, elle revint passer trois semaines à Blankenberghe, ne voyant guère d'amélioration à ses symptômes, quitta l'établissement, pour entrer à l'hôpital de la ville, elle ne resta que peu de temps, parce qu'on lui fit une nouvelle opération.

Enfin, toutes les ressources de la chirurgie furent épuisées, cette malade vint me consulter à la Policlinique de la ville. Reconnaisant la nature franchement hystérique de toutes les doléances dont elle nous faisait part, nous conseillions un traitement d'ensemble, comprenant : repos, thérapie, électricité statique, travail régulier. Nous lui recommandons de chercher une place de femme de ménage chez des personnes tranquilles, et peu de temps après nous informons qu'elle part pour toute la saison à Blankenberghe, avec une dame malade et aussi une jeune fille. A cette époque, les douleurs du ventre avaient diminué, et la jeune fille reconnaissait que la dernière opération lui avait procuré beaucoup de soulagement. Les grands maux de ventre ne réparaissaient qu'à la suite d'émotions ou de contrariétés.

A sa rentrée de Blankenberghe, l'état général était toujours le même ; la jeune fille avait considérablement diminué son gonflement au cou, à la région vertébrale cervicale. Objectivement, on ne trouvait qu'un peu de gonflement rappelant un peu un engorgement sous-cutané, et la malade y ressentait de vives douleurs, s'irradiant de là dans la tête et les épaules. Une fois, elle aurait été prête à se laisser opérer, mais quelques locaux n'avaient donné aucun résultat. On a donc, peut-être y avait-il un chirurgien complaisant, qui a foncé son bistouri, car depuis deux mois, je ne l'ai plus vue malade.

est parfois poussée à un degré qui crée un état pathologique chirurgical. Nous en avons apporté par notre collègue de ce du 4 décembre 1893 de la clinique naturelle de Bruxelles. 30 ans, dont l'affection a débuté par une pleurésie gauche. La maladie a évolué par une névralgie sus-ombilicale, puis de névralgie sus-ombilicale, provoquée probablement par l'élargissement de la vessie.

Il y a une rétention complète de l'urine, avec une impossibilité de vider la vessie au cathéter. Des urines troubles, avec des concrétions pierreuses, des urines troubles, avec des concrétions pierreuses, plus ou moins cylindriques, et très dures. L'apparition de douleurs lombaires à gauche, avec une sensation de la vessie.

Il y a une formation de ces concrétions. Elles sont composées de chaleur et présentent une tuméfaction qui ne peut être due à une tumeur du rein.

Il y a des troubles, avec une impossibilité de répandre une forte odeur d'urine, et l'émission de bulles.

Il y a une réclamation d'une intervention chirurgicale de ses douleurs.

Il y a une constatation que qu'elles sont constituées de la caséine, du sucre de lait, et donc mélangées de lait aigre.

Il y a une constatation que l'urine est parfaitement normale, mais présente des ecchymoses au niveau du col, lesquelles sont dues à l'urine des pierres.

MÉMOIRES ORIGINAUX.

est rare de rencontrer de la simulation
nt. La malade présente des stigmates
uenté des hôpitaux et a dû probablement
lithiasse rénale qu'elle simule actuelle
ction du flanc gauche, sans modifica
a forme des organes, elle fait songer
décrites par les chirurgiens dans la c
cas rapporté par notre collègue J. V
lus intéressant, qu'il démontre jusqu
nie d'être opérée. Cette hystérique sim
ndre intéressante et attirer l'attention
énéralement le cas dans l'hystérie, ma
avoir se faire opérer, dévorée qu'elle
tina passiva ; elle se crée un état pat
nent réclame une intervention chirurg
kiste enfin une classe de névropathes
à grands cris une intervention chirurg
, *operatoria passiva* n'existe chez ou
depuis qu'un médecin leur a imprudem
pouvait les guérir de tous leurs maux ;
x parler des neurasthéniques atteints
séséquilibrés du rein.

l'avis de notre collègue Godart-Danhié
contre communément : il ne réclame
ale que quand il donne lieu à des
ou à des symptômes de compression
urie, troubles vésicaux. Quelques chi
rtés à croire qu'en fixant un rein plus
ériront la plupart des symptômes doi
es ; ils oublient que ces plaintes sont
nt de la neurasthénie et leurs succès
ou la néphropexie, devraient leur ou
enoncer à toute intervention active.

is les neurasthéniques que nous conn
avoir guérir en fixant leur rein mobi
'aver depuis l'intervention chirurgica
n mobile sont venus s'ajouter au table
stant, déjà suffisamment fourni. Dept
n mobile, ils se plaignent davantage

ment brusque de peur de luxer leur cer, tomber dans la fosse iliaque...

persistantes et les douleurs si formellement une intervention chirurgicale remède à leurs maux.

déjà été opérée trois fois : une première ; une seconde fois, on lui a re ; une troisième fois, on lui a fixé à mobile, malgré la première intervention toujours dans le même état de douleur plaignant de douleurs dans le flanc d'incapacité de travail, d'idées tristes persiste avec tout son luxe de symp-

ment neurasthénique, a été beaucoup elle a su qu'elle avait un rein mobile rrorraphie avec plein espoir de guérison est terminée et que son état dire aggravé, elle est désespérée.

détails tellement précis sur son opération d'un homme de l'art. On a pratiqué la colonne vertébrale dans la partir de la dernière côte, sur une puis on a incisé la capsule adipeuse i-ci au bord externe de la masse sacrale quatre points de suture. Cette jeune fille parle de son opération et serait prête à toute opération, comme si seule une la pauvre fille.

égage de ces dernières observations, on se trouve en présence de neurasthéniques qui scrutent et interprètent toutes les choses. Il faut être très circonspect et très réservé car un mot peut empoisonner l'existence d'un homme. À propos de rein mobile, puisqu'il s'agit d'un lieu au moindre symptôme morbide trouble dans l'esprit déjà si troublé signalant leur mobilité rénale, pour

leur éviter les émotions d'une opération et des déboires d'un insuccès.

TECHNIQUE THÉRAPEUTIQUE

(5^e article, voir les trois numéros précédents.)

Scarifications du col de l'utérus,

Par le D^r Jules CHÉRON, médecin de Saint-Lazare,
et le D^r Jules BATAUD, ancien interne de Saint-Lazare.

SOMMAIRE. — Les saignées du col à l'aide des sangsues sont abandonnées aujourd'hui ; les scarifications à l'aide du bistouri seront seules étudiées ici.

Indications des scarifications du col : comme moyen déplétif dans les congestions chroniques de l'appareil utéro-ovarien, dans les sub-involutions, dans les affections inflammatoires de l'utérus ; comme moyen antiphlogistique dans les affections sub-aiguës et chroniques des annexes et des tissus péri-utérins ; comme moyen d'évacuation des kystes de Naboth ; comme moyen sédatif de certaines douleurs locales et dans certains cas de dysménorrhée.

Contre-indications des scarifications dans les affections aiguës de l'appareil utéro-ovarien et dans les anémies très prononcées. Une anémie légère n'est pas une contre-indication des scarifications.

Epoque de choix pour l'emploi des scarifications, suivant les cas : dans la congestion chronique, dans les sub-involutions, dans les lésions des annexes, dans la dysménorrhée.

Fréquence des scarifications suivant les cas.

Appareil instrumental : bistouri simple, bistouri spécial dit scarificateur ; spéculum, pince, etc.

Manuel opératoire : Injection antiseptique tiède préalable. Mise à nu du col et son nettoyage. Ponctions ou incisions radiées ; les ponctions sont préférables ; où faut-il faire de préférence les ponctions, suivant les cas ? Quantité de sang à retirer à chaque séance. Moyens à employer pour arrêter la perte de sang quand on la juge suffisante (compression, perchlorure de fer, thermo-cautère). Lavage antiseptique du col. Utilité du pansement osmotique et antiseptique comme complément de la scarification.

Préconisées pour la première fois par Guilbert, en 1826, et vulgarisées par Aran, Scanzoni et Courty, les saignées du col sont une des petites interventions gynécologiques les plus utiles et les plus usuelles. Après avoir joui d'une grande vogue, elles sont tombées en discrédit en même temps que les saignées locales,

dans toutes les branches de la médecine, étaient de plus en plus négligées. Leur abandon, en gynécologie, serait, à notre avis, une regrettable erreur. La terreur de l'anémie n'a rien à faire ici, car il est bien peu de malades qui ne puissent supporter la perte de 30 à 60 grammes de sang, une fois par mois au minimum, et cette perte insignifiante de sang suffit à diminuer la distension des capillaires dilatés et paralysés et à permettre, les autres moyens aidant, de combattre efficacement la congestion chronique qui est une complication si fréquente et si importante de la plupart des processus morbides de l'appareil utéro-ovarien.

Ce qu'il est légitime d'abandonner, c'est le procédé antique de la saignée du col, à l'aide de sangsues, alors qu'il est si simple et si facile de faire des scarifications au bistouri, proprement, rapidement, en dosant à volonté la perte de sang qu'on veut obtenir. Aussi, ne parlerons-nous, dans cet article, que des scarifications au bistouri.

Les *indications* des scarifications du col sont nombreuses et surtout se montrent à chaque instant, dans la pratique journalière de la petite chirurgie gynécologique.

Il est à peine besoin d'insister sur leur rôle comme moyen déplétif dans les congestions chroniques de l'appareil utéro-ovarien, dans les sub-involutions de l'utérus après un accouchement ou un avortement, dans les affections inflammatoires de l'utérus qui s'accompagnent, comme c'est presque la règle, d'un état congestif plus ou moins accentué. Nous n'ignorons pas que la sub-involution post-partum ou post-abortionum reconnaît pour cause essentielle une infection locale plus ou moins grave quant à la virulence de l'agent infectieux (qui est presque toujours le streptocoque en pareil cas) et quant au nombre des microbes envahisseurs d'un terrain si bien préparé à leur action. Il n'en est pas moins vrai que la congestion existe, qu'elle diminue la résistance du tissu utérin à l'infection, qu'elle persiste même, alors que l'infection s'est atténuée, soit spontanément, soit sous l'influence du traitement mis en œuvre, et enfin qu'elle éternise la sub-involution, favorisant ainsi la production de ces rétro-déviationes souvent si rebelles. Pour accessoire qu'il soit, pathogéniquement parlant, le rôle de la congestion n'est donc pas à négliger.

Des considérations du même ordre sont applicables aux endométrites, qu'il s'agisse de lésions d'origine infectieuse ou de lésions d'origine blennorrhagique.

Dans les affections subaiguës et chroniques du péritoine pelvien et du tissu cellulaire péri-utérin, les scarifications du col peuvent être dites antiphlogistiques, car elles diminuent toujours d'une façon notable les douleurs causées par les lésions péri-utérines, mais et presque toujours suivies d'une amélioration nette de ces lésions. C'est un fait d'observation journalière. Les hémorrhagies utérines de moyenne intensité jouent un rôle favorable dans l'évolution des affections dont il s'agit. Il est facile de se rendre compte, par l'expérimentation, que les scarifications du col donnent aussi de bons résultats. On peut quelquefois constater, d'une façon très nette, la diminution des collections tubaires non enkystées après des scarifications faites à quelques jours d'intervalle. Cette intervention n'a pas produit d'effet manifeste. Nous ne cherchons pas à interpréter le mode d'action des scarifications, dans ces cas, il suffit d'affirmer que le fait est exact, sinon d'une façon absolue, du moins d'une façon assez fréquente pour qu'il tienne compte dans la pratique.

Les petits kystes de Naboth peuvent être facilement évacués par le scarificateur, ce qui diminue les douleurs et la tension plus ou moins pénibles dont ces kystes sont accompagnés.

Les sensations de brûlure et de pesanteur sont diminuées par la scarification du col, ces symptômes sont en dépendance étroite de la congestion pelvienne.

Certaines dysménorrhées congestives peuvent être soulagées par les scarifications. C'est surtout dans les dysménorrhées, alors qu'il n'y a pas de sténose de l'orifice du col, ni de flexion du corps du col, ni de lésion des annexes, qu'il est conduit à considérer la dysménorrhée comme due à une inflammation d'ordre conjonctif de la muqueuse du canal cervical sous l'influence du molimen menstruel. Dans ces cas, si on examine les malades la veille des règles, les douleurs sont les plus vives, on constate que le col est tuméfié, tandis que rien de semblable n'existe la veille de la précédente et que le canal cervical redeviendra normal.

coulement menstruel se sera franchement établi pendant un ou deux jours.

Telles sont les indications des scarifications du col, les seules que nous ayons en vue en ce moment, réservant pour plus tard la question des scarifications du canal cervical.

Un léger degré d'anémie n'est pas une *contre-indication* à l'emploi des scarifications du col, ainsi que nous l'avons déjà dit ; les anémies très prononcées sont seules une contre-indication absolue ; mais il convient de ne faire que des scarifications utiles chez les anémiques, de restreindre la spoliation sanguine au strict nécessaire et de ne pas renouveler trop fréquemment l'emploi de ce moyen thérapeutique.

Nous considérons les inflammations aiguës de l'utérus et des annexes comme une contre-indication des scarifications, en raison de la difficulté que présente leur emploi en pareil cas. Si on jugeait utile de faire une petite saignée, l'application de quelques sangsues sur la partie inférieure de la paroi abdominale remplirait le même but d'une façon plus commode, et serait par conséquent à préférer.

L'époque de choix pour les scarifications du col, dans la congestion chronique et dans les affections inflammatoires de l'utérus et des annexes, est la fin de la première semaine qui suit les règles. C'est, en effet, à cette période, qu'il est le plus utile de combattre la persistance de la congestion cataméniale. Plus tôt on aurait peut-être à craindre de fatiguer les malades dont les règles viennent seulement de finir et il n'y a aucun intérêt à remettre à plus tard une intervention nécessaire. On comprend que l'ouverture des kystes folliculaires du col pourrait être entreprise à n'importe quelle période ; la fin de la première semaine qui suit les règles est néanmoins le moment le plus favorable, en raison des lésions inflammatoires concomitantes. Dans les lésions chroniques des annexes, c'est surtout lors des crises douloureuses ou lorsque le kyste tubaire semble augmenter de volume qu'il y a lieu de faire les scarifications, sans s'inquiéter de la période des règles. Enfin, dans la variété de dysménorrhée que nous avons dite plus haut être justiciable des scarifications, l'expérience, concordant avec la théorie que nous avons

énoncée, démontre que c'est dans les trois ou quatre jours qui précèdent le retour présumé de la menstruation que la scarification se montrera le plus efficace. Il n'y aurait à s'abstenir de cette pratique que si la malade avait déjà fait des fausses couches et si on pouvait supposer l'existence d'une grossesse d'autant de quelques semaines.

Dans bien des cas une seule scarification par mois est suffisante, si surtout on associe aux scarifications l'emploi des pansements osmotiques fréquents ; il sera parfois nécessaire d'en faire deux par mois, à une semaine d'intervalle, mais il y a rarement avantage à dépasser ce chiffre. Mieux vaut, à notre avis, faire une scarification de 50 à 60 grammes en une seule fois que trois scarifications de 15 à 20 grammes, à moins que la faiblesse de la malade n'exige des précautions spéciales.

On a imaginé divers scarificateurs plus ou moins compliqués, à pointes multiples ou à lame unique, garnie d'un opercule pour éviter la pénétration de la lame à une trop grande profondeur. Ces instruments sont abandonnés depuis bien des années et sont du reste tout à fait inutiles. Un bistouri aigu à pointe fine monté sur un long manche remplit très bien les conditions voulues pour une bonne scarification. On choisira de préférence un bistouri très aigu et à double tranchant, si on veut éviter aux malades toute sensation douloureuse, mais un bistouri ordinaire peut être suffisant. Un spéculum modèle Cusco, une pince à pansement complètent l'appareil instrumental, très simple, comme on le voit.

Une injection tiède antiseptique ayant été faite avec tout le soin voulu (voir le n° de mars 1895), le col est mis à nu à l'aide du spéculum et nettoyé avec de l'ouate hydrophile aseptique montée sur la pince à pansement. On fait alors avec le bistouri de petites ponctions sur le col, en enfonçant la pointe du bistouri perpendiculairement à la surface du col, jusqu'au parenchyme, sans essayer de pénétrer dans la couche musculaire ; une sensation de résistance vaincue, facile à percevoir, démontre qu'on a traversé toute la muqueuse, et comme c'est la muqueuse qui, à peu près seule, sera l'origine de l'écoulement sanguin qu'on veut provoquer, tandis que le parenchyme donnerait très peu de sang, il est inutile de faire des ponctions plus profondes. Ces

à notre avis, aux incisions radiées du
 s auteurs, les ponctions permettant
 la quantité de sang qu'on veut obte-
 tes, de préférence sur les ectropions,
 s petits kystes folliculaires du col, en
 stique plus ou moins prononcée. S'il
 'est au pourtour de l'orifice externe
 sont faites, en évitant, bien entendu,
 s variqueuses qu'on voit quelquefois
 la muqueuse qui recouvre les lèvres
 trente ponctions, suivant la quantité
 et en tenant compte de la saignée pro-
 onctions. En général, une quantité de
 st très suffisante pour amener la dé-
 ire. A mesure que le sang s'écoule,
 s hydrophile et quand on juge la sai-
 ment sanguin ne s'arrête pas sponta-
 ssion du col, pendant quelques minu-
 l'ouate, suffit à y mettre un terme dans
 s cas. Sinon, il conviendrait de tou-
 hydrophile imbibée de solution nor-
 Exceptionnellement, si on avait ou-
 ariqueuse, et si la compression, aidée
 dorure de fer, n'arrêtait pas l'hémor-
 e point qui donne du sang, la pointe
 é au rouge sombre. Nous n'avons ja-
 à ce procédé d'hémostase que nous
 t mentionné par quelques auteurs.
 du col et du vagin termine cette petite
 décrire qu'à pratiquer. Pour termi-
 n pansement osmotique et antisepti-
 rmée, ou à la glycérine boriquée) afin
 tive de la scarification, les indications
 asements osmotiques étant à peu près
 rra s'en rendre compte en se repor-
 cle (voir le n° d'avril 1895).

REVUE DES SOCIÉTÉS SA

—

PRÈS DE LA SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALI

Séance du vendredi matin 19 avril 1

LASKINE. — **Sur une anomalie du mécanisme dans la présentation du siège par les fesses.** — Femme à sa troisième grossesse. Bassin normal. Tentatives infructueuses par manœuvres externes. Travail: Présentation, mode des fesses, en S. I. D. P. Le siège en position. Le travail continuant, la présentation en sacro-sacrée; arrivée au détroit supérieur, avoir affaire à une S. I. G. A., et c'est la tête qui se dégager sous le pubis. Enfant vivant de l'observation semble intéressante à deux points: possibilité de la version par manœuvres externes et de la rotation du siège que l'auteur n'a pu constater. Fritsch cependant prétend que ce mouvement est le plus fréquent.

Budin demande à M. Laskine si au moment où il n'a pas cherché à voir dans le cordon la possibilité de la version par manœuvres externes, puis s'il a bien suivi le mouvement du siège. M. Budin a vu un cas de ce genre, mais le siège était, au début, en position sacro-iliaque gauche, puis, tourné de telle façon que son siège se plaçait en sacro-iliaque gauche postérieure puis en sacro-sacrée. Quand le tronc sortit, le mouvement fut complet, si bien qu'à l'extérieur le dos de l'enfant se trouvait en position et que ce fut l'épaule droite qui vint se présenter sous l'hyase pubienne. Il y avait eu ainsi une sorte de bouchon très étendu.

LASKINE. — Il n'y avait rien d'anormal du côté des épaules, elles sont restées du côté gauche. Le mouvement de rotation du siège. Il y a eu une rotation sur lui-même.

M. RIVIÈRE (de Bordeaux). — **Sur un cas de siège décomplété, mode des fesses primitif.** — Il est admis que, le plus souvent, la présentation du siège décomplété, mode des fesses, est secondaire. Il est donc intéressant de saisir sur le fait, dans un œuf non à terme et intact, la présentation primitive. C'est ce que M. Rivière a été assez heureux de rencontrer dans un cas d'expulsion prématurée d'un œuf entier chez une femme atteinte d'intoxication saturnine : les membres inférieurs rigides étaient appliqués sur la face antérieure du corps, les orteils laissaient leur empreinte sur le front. Ces présentations primitives du siège décomplété, mode des fesses, ne sont donc pas niables. Rivière tire une autre déduction de ce fait : c'est que dans ce mode de présentation la méthode préconisée par M. Pinard et par M. Potocki, pour produire l'abaissement du pied par flexion de la jambe, n'aboutirait probablement à aucun résultat, étant donné la rigidité du membre et sa tendance à reprendre sa position première si on l'en écarte. Si ce procédé a sa raison d'être dans les cas de siège décomplété secondaire, et il a rendu un grand service à M. Rivière dans un cas de ce genre, il ne saurait en être de même dans les présentations primitives.

M. FOCHIER, contrairement à l'avis de M. Rivière, a réussi deux fois par ce procédé, dans des présentations nettement primitives.

M. POTOCKI rappelle que dans son mémoire sur ce sujet la plupart des observations avaient trait à des présentations primitives.

M. BUDIN croit qu'il faut établir des distinctions : non seulement il y a des présentations du siège secondaires et des présentations du siège primitives, mais dans les présentations du siège primitives il faut distinguer les cas dans lesquels il y a une certaine quantité de liquide dans la cavité de l'œuf et ceux dans lesquels il y a très peu de liquide. Dans la thèse de M. Olivier, on trouve des exemples de ces deux dernières variétés de faits. Or, s'il y a présentation du siège primitive, avec présence d'une notable quantité de liquide de la cavité de l'œuf, la jambe est mobile sur la cuisse. Au contraire, dans les cas où il n'y a pas ou il y a très peu de liquide, la jambe demeure dans l'extension sur la cuisse, et comme il est très difficile de la fléchir après la naissance, à plus forte raison l'est-il de l'abaisser quand, pen-

térus rétracté s'applique sur le fœtus. On échoue
tentatives d'abaissement prophylactique du pied,
longtemps par Ahlfeld, Mangiagalli, Spiegel-
me, en 1879, a échoué dans une tentative de ce

d'après ses recherches faites sur des fœtus à
ommes dimensions de 12 à 13 cent. Il ne lui sem-
lorsque le siège est engagé, de faire basculer
mesurant 12 ou 13 cent. dans un anneau dont
ont inférieures. Il faut forcément, ou refouler le
u détroit supérieur, ou le faire descendre davan-

fait aussi des mensurations et a toujours trouvé
nde que la cuisse.

le). — **Note sur l'effacement du col.** — Cer-
nettent que le col s'efface dans les derniers temps
d'autres pensent que l'effacement n'a lieu qu'au
ouchement. M. Bué les met d'accord en donnant
opinions, car toutes les deux sont exactes, cela
ent des femmes et des conditions physiologiques
de la grossesse (gémellité, hydramnios, etc.)

à Toulouse). — **Glycosurie et grossesse.** —
à terme. Inertie utérine, forceps, suites de cou-
ches : phlébite. Enfant vivant et bien portant de

— D'après l'observation, il semblerait que M.
à la glycosurie les accidents de l'accouchement
couches. M. Rivière a fait des recherches à ce
il ne pas que la glycosurie puisse déterminer des
hologiques pendant l'accouchement et le post-

qu'il faut se méfier sérieusement des examens
à hâte et des résultats donnés par les réactions
employées. D'après les recherches de Henriot, faites
de la glycosurie, il résulterait qu'il y a dans
ance qui donne à peu près toutes les réactions

Deux faits d'hydrocéphalie en situations particulières. — Premier

cas. — *Premier cas.* Vers du matin à la clinique, tête très dure, mise de la poche des eaux à 8 heures, application de forceps et extraction de l'enfant. On trouve un énorme spina bifida crevé. On trouve un enfant hydrocéphale. Que l'on saisisse : hydrocéphalie méconnue, l'influence de contractions énergiques céphaliques, qui permet à la tête de descendre et le soir l'hydrocéphalie se fait : Femme en travail, présente à terminer l'accouchement. On trouve le cordon extrêmement tendu (ce cordon empêche la contraction de l'enfant, quelque le col dilaté, le cordon est sectionné dans le bas, ne descend pas. Sous l'influence de la traction il y a un craquement et la tête descend. On constate l'arrachement au niveau de la base du crâne. L'hydrocéphalie ne fut reconnue qu'à l'autopsie. L'hydrocéphalie et de spina bifida, l'auteur rapporte un cas de ce genre. Le spina bifida guérit sous l'influence du traitement, mais est resté paralysé de la cuisse. On ne connaît pas M. Fochier.

Deuxième cas. d'un spina bifida opéré il y a deux ans. Le spina bifida guérit, mais une hernie se développa à tel point que la tête atteignait le pubis. Cet enfant est mort à deux ans. L'hydrocéphalie consécutive à l'opération.

Les enfants ainsi opérés meurent de

des applications de la kinésithérapie et aux nourrices. — Une femme guérie par cette méthode, et six enfants survenant pendant la grossesse et pendant l'allaitement.

Séance du vendredi soir 19 avril.

M. BERLIN (de Nice). — **Un cas de grossesse.**
 — Cette observation est surtout intéressante au point de vue des difficultés de diagnostic qu'elle a présentées. Les données datent du milieu de février 1894. Tous les signes de grossesse. Vers fin mars, poussée de péritonite aiguë. Pendant plusieurs mois la malade sent les mouvements actifs du fœtus. Ils cessent vers le mois de septembre, temps que le ventre diminue de volume. Vers le terme normal de la grossesse, cette femme ressent des douleurs. Pendant le mois de décembre, l'état général se maintient. Les premiers jours de janvier, nouvelles douleurs, aucun indice d'accouchement probable. Au 4 janvier, M. Berlin constate les signes de grossesse et trouve dans le petit bassin, une tumeur de consistance ferme, dans toute son étendue, bruit de souffle. Col dur, difficile, non effacé, peu disposé à la dilatation, et par là même depuis deux ou trois semaines, un liquide brunâtre du spéculum pénètre de 8 à 9 centimètres. La partie supérieure de l'utérus qui fait saillie à l'intérieur de la cavité en forme d'une partie fœtale. Le toucher rectal permet de sentir une dureté qui refoule le col en avant. On porte le diagnostic de grossesse avec mort du fœtus, ou, peut-être, de grossesse extra-utérine. M. Auvar, consulté, pense que l'on doit d'abord essayer l'accouchement. On essaie, en effet, mais la cavité utérine est libre. M. Berlin fait alors la laparotomie, la femme étant dans la position de Trendelenbourg, de peine à découvrir le kyste fœtal, à cause des nombreuses adhérences intestinales et des fausses membranes dues à la péritonite. Ce n'est qu'après une demi-heure d'efforts qu'il arrive à l'ouverture. Par la ponction, on retire un liquide brunâtre. Après incision, le fœtus volumineux est extrait sans difficulté, macéré, non putréfié et pèse 2,000 grammes. Le fœtus est inséré à la paroi antéro-supérieure de la poche. Ce fœtus présente des adhérences considérables avec l'intestin et est difficile à enlever. La femme meurt dans le collapsus 24 heures après l'opération. M. Berlin a vu dans cette observation un exemple de difficultés de diagnostic de la grossesse extra-utérine.

M. GAULARD. — Comme le placenta était inséré sur la paroi antéro-supérieure du kyste, M. Gaulard demande si, à un moment donné, on a perçu un bruit de souffle ?

M. BERLIN. — Les confrères appelés et lui n'ont rien entendu. Il a constaté seulement un souffle aortique.

M. GAULARD, il y a deux ans, a parlé de l'importance qu'il attache à ce souffle. Il lui semble qu'il aurait hésité moins que M. Berlin à faire le diagnostic. Quant à l'écoulement fétide, il n'en est pas surpris beaucoup. Quand une femme fait un faux travail, la muqueuse qui s'élimine peut donner lieu à de la septicémie. Il en rapporte un exemple.

M. FOCHIER. — Pourquoi M. Berlin n'a-t-il pas fait l'élytrotomie au lieu de la laparotomie ? Pourquoi a-t-il fait la décortication au lieu d'une simple ouverture ?

M. BERLIN n'a pas fait l'élytrotomie, parce qu'il était impossible de distinguer la tumeur de l'utérus. Quant à la décortication, c'était une manœuvre de nécessité, sans laquelle la poche ne pouvait être mise à découvert.

M. RIVIÈRE (de Bordeaux). — **Dystocie par tumeur fibreuse sacro-occipienne.** — Les obstacles apportés à l'accouchement dans ces cas varient suivant plusieurs facteurs, le volume de la tumeur, sa nature solide ou liquide, son mode d'insertion sur le sacrum ; elle est pédiculée ou sessile, d'où des degrés dans sa mobilité. Un fœtus atteint de tumeur sacro-occipienne peut être considéré comme ayant trois pôles, dont chacun peut se présenter à la filière pelvienne, le mécanisme de l'accouchement variera suivant le pôle qui se présentera. Il y aura donc pour ainsi dire trois accouchements successifs. La présentation du sommet est la plus favorable. Si c'est la tumeur qui s'engage la première, l'accouchement est encore possible. Mais si c'est le siège qui se présente, il faudra que la tumeur et le tronc s'engagent ensemble et on aura une dystocie des plus graves et le diagnostic n'est pas fait. Il n'en est pas de même lorsque le diagnostic a été établi, car alors on peut transformer la présentation du siège en présentation de la tumeur et l'accouchement devient possible. M. Rivière rapporte deux observations. — 1^{re} Cas. Femme de 20 ans, avec un bassin rétréci. Présentation du siège complet. Pas de bruits du cœur. On essaie d'abaisser un pied, mais

inutilement. Le forceps appliqué sur le siège dériva au broiement. Celui-ci effectué, la tumeur l'expulsion devient facile. Le diagnostic de tumeur sacro-coccygienne n'avait pas été fait. — 2^e Cas. Femme à douzième grossesse. Ventre très développé. Dilatation. Rupture des membranes qui donne issue à cinq litres. Présentation du siège, enfant mort depuis deux jours. Des tractions vigoureuses restent sans effet. On reconnaît la présence d'une tumeur fœtale arrondie au-dessus du tronc. Le malade est chloroformé et la main introduite dans le vagin connaît une tumeur sacro-coccygienne volumineuse. Les doigts introduits dans cette masse, on l'engage, on la tire en dehors du vagin et hors de la vulve. Le tronc est ensuite extrait. L'accouchement dans les cas de tumeur sacro-coccygienne est donc possible dans deux conditions : quand la tumeur est au-dessus de la tête ou de la tumeur. De là dérive la conduite à tenir. Mais pour cela il faut faire le diagnostic et on ne peut le faire qu'en introduisant la main dans l'utérus. Il y a donc eu des cas de fœtus nés avec de semblables tumeurs ont survécu et ont été opérés plus tard.

M. Fochier pense que la manœuvre recommandée n'est pas possible quand la tumeur est sessile. Il a rapporté dans la thèse de son élève, M. Lecterc, il a essayé d'extraire la tumeur au crochet et n'y parvint que très difficilement.

M. Rivière a eu surtout en vue les tumeurs pé-

Séance du jeudi soir 25 avril 1895.

M. Prouvost (de Roubaix). — **Note sur les points de vue obstétricaux.**

M. Quérrel (de Marseille). — **Compte-rendu de la clinique obstétricale de Marseille.** — 800 femmes à la clinique : 386 primipares, 414 multipares. Il y a eu 100 accouchements, 94 accouchements prématurés, dont un bloc au huitième mois, enfant de 1,250 grammes, né dans une couveuse et va bien, 670 accouchements à terme, dont 14 gémellaires, trois fois chez des primipares, 1 ictère grave ; une insertion vicieuse.

chez lesquelles on avait fait la basiotripsie ; une rupture utérine. 2 basiotripsies, 1 symphyséotomie. Il y a eu 10 délivrances artificielles, 9 insertions vicieuses du placenta, 1 procidence du cordon, 2 procidences des membres, 6 bassins rétrécis dans lesquels l'accouchement a eu lieu spontanément 4 fois, une fois la version a été faite avec succès pour la mère et l'enfant. Dans le sixième cas, la symphyséotomie a été pratiquée ; le bassin mesurait 8 cent. 1/2.

M. MAYGRIER demande à M. Queirel s'il a fait le relevé des ophtalmies chez les nouveau-nés.

M. QUEIREL a eu 10 ophtalmies qui se sont bien terminées généralement. Il se sert du nitrate d'argent à 1 pour 200, de solutions au naptol et boriquées.

M. GAULARD voudrait savoir quelle valeur M. Queirel attribue à ce mot : délivrance artificielle dans l'avortement. Cela implique-t-il une règle de conduite spéciale ?

M. QUEIREL suit la conduite ordinaire. Il s'agissait dans ces cas de délivrance tardive.

M. GUÉNIOT (de Paris). — **Ma pratique et ses résultats dans 60 cas de bassins rétrécis.** — Du 15 avril 1893 au 15 avril 1894, c'est-à-dire pendant une année complète, M. Guéniot a constaté 60 cas de bassins rétrécis, dans son service de la Maternité, sur 2,165 femmes accouchées : soit un rétrécissement pour 36 femmes. Dans presque tous les cas, il s'agissait de rachitiques : une fois de déformation ostéomalacique et une fois d'un bassin oblique-ovalaire. Parmi ces 60 femmes, 24 primipares, 14 secondipares, 22 multipares. L'auteur n'a pas eu recours à un seul genre d'opération quand il a fallu intervenir. Accouchement prématuré, symphyséotomie, basiotripsie, forceps, etc., ont été employés suivant qu'ils paraissaient plus spécialement indiqués ; quelquefois ils ont été employés simultanément pour se compléter l'une l'autre. Seule l'opération césarienne n'a pas été pratiquée, parce que dans aucun cas elle ne s'est trouvée indiquée. Dans ces 60 cas de rétrécissement du bassin, *25 fois le travail et l'expulsion ont été spontanés*, 35 fois il a fallu intervenir de la façon suivante : *23 accouchements provoqués*, toujours dans les trois dernières semaines, car à cette époque la vie de l'enfant n'est nullement compromise ; quant à la mère, on sait que cette opération

est pour elle inoffensive. Le procédé employé a été la sonde. Le ballon de Champetier a été employé une fois chez une primipare. Sur ces 23 accouchements provoqués, 14 fois l'accouchement s'est fait spontanément. Dans 3 cas il a fallu faire en outre la symphyséotomie, 4 fois on a eu recours au forceps et 2 fois à la version. Résultat : 22 enfants sont nés vivants et 20 ont quitté la Maternité en bon état. Parmi les 3 enfants qui ont succombé, la mort de l'un d'eux était due, d'après l'auteur, au tétanos utérin provoqué par la dilatation violente de l'utérus par l'écarteur.

4 *symphyséotomies* ont été pratiquées trois fois à la suite de l'accouchement provoqué, le 4^e cas se rapporte à une femme à terme et en travail. 1^{er} cas. Primipare à bassin de 87 millim. Accouchement provoqué à 8 mois $1/2$, symphyséotomie ; écartement maximum de 5 cent. ; forceps. 2^e cas. Bassin oblique-ovale. Diam. de 80 millim. Accouchement provoqué, symphyséotomie : écartement de 4 centim. Forceps, enfant vivant de 3,100 grammes. 3^e cas. Femme enceinte de 8 mois $3/4$. Accouchement provoqué, symphyséotomie, forceps, écartement maximum de 5 cent. $1/2$. 4^e cas. Femme qui avait subi l'opération césarienne 10 mois auparavant. 7^e grossesse, bassin ostéomatolaque; diamètre de 82 millim. Symphyséotomie. Extraction d'un enfant de 3,550 grammes. L'écartement maximum avait été de 63 millim. — Le forceps a été employé dans 16 cas : 8 fois comme opération complémentaire, 8 fois primitivement. Deux cas de forceps ont été suivis de basiotripsie. — 4 versions. 2 par manœuvres externes, 2 par manœuvres internes dont 1 après des tentatives infructueuses de forceps. — 3 basiotripsies dont une chez une femme qui avait subi en ville de multiples interventions et qui a succombé. Enfin 8 présentations du siège. — *Résultats*. Sur 60 cas de bassins rétrécis, 25 accouchements ont eu lieu spontanément, il y a eu intervention dans 35 cas. 59 fois le résultat a été heureux pour la mère. 1 seule est morte à la suite de manœuvres pratiquées en ville. Pour les enfants, 51 sont nés vivants (7 sont morts pendant l'accouchement, 2 étaient macérés), 47 sont sortis vivants de la Maternité.

M. GAULARD voudrait savoir sur quels éléments se guide M. Guéniot pour provoquer l'accouchement chez les primipares et s'il fait une distinction entre ces dernières et les multipares, distinction établie par Stanesco dans sa thèse. Quand à lui il est très hési-

tant en présence des primipares. Il y a en effet trois éléments à considérer : un bassin plus ou moins rétréci, un enfant plus ou moins gros, une action utérine plus ou moins puissante. Or, ces deux derniers facteurs sont inconnus. Aussi le plus souvent laisse-t-il aller les primipares à terme et il est parfois très agréablement surpris de voir l'accouchement se terminer spontanément. Quand il provoque l'accouchement, ce n'est jamais avant 8 mois 8 1/2.

M. GUÉNIOT ne fait pas de distinction et tient peu de compte de ces éléments auxquels M. Gaulard a fait allusion. Il a vu une femme qui avait déjà cinq fois spontanément et à terme, accouché très difficilement d'un sixième enfant. Il se guide surtout sur les dimensions du bassin, en particulier sur celles du diamètre antéro-postérieur. Deux facteurs seulement doivent être pris en considération : le degré de viciation du bassin et le volume de l'enfant.

M. GAULARD.— Quelle conduite M. Guéniot conseillerait-il aux praticiens en face d'un bassin rétréci ?

M. GUÉNIOT. — Attendre huit mois et provoquer l'accouchement. La symphyséotomie, c'est très bien dans les cliniques, mais ses dangers sont trop démontrés pour qu'on puisse la conseiller dans la pratique courante.

M. PERRIER (de Paris).— L'avantage de l'application du forceps au détroit supérieur est actuellement assez contesté pour qu'on puisse se demander s'il faut renoncer définitivement à cette pratique ou bien la conserver et dans quelles conditions on la conservera le plus utilement. Or, l'étude des statistiques publiées à diverses époques, nous montre que l'application haute du forceps peut fournir des résultats très satisfaisants. Par exemple, on lit dans la thèse de Lepage, que sur 23 enfants extraits par une application au détroit supérieur, on eut 19 enfants vivants.

Dans une autre statistique, publiée par MM. Lepage et Varnier, sur huit enfants extraits dans les mêmes conditions, un seul succomba. D'autre part, en dépouillant les registres de la clinique d'accouchements, depuis le 1^{er} novembre 1888, (date de l'arrivée du P^r Tarnier), jusqu'au 1^{er} avril 1895, on trouve qu'il y eut 46 applications de forceps au détroit supérieur sans une seule mort maternelle, mais avec 15 morts d'enfants. De cet ensemble de faits il résulte donc qu'on peut légitimement recourir au forceps quand la tête est au détroit supérieur. Mais dans quels cas

le plus avantageusement y avoir recours ? En divi-
 stique de la clinique en deux périodes, l'une s'étend-
 novembre 1888 au 1^{er} janvier 1893, et l'autre allant
 1893 au 1^{er} avril 1895, on remarque qu'il y a eu
 27 interventions dans les cinquante premiers mois,
 mortalité infantile de 48 0/0, tandis que les vingt-sept
 mois on a fait dix-neuf applications dites au détroit
 avec deux décès, soit 10 %. Il est facile d'expliquer
 once en notant que, dans la première période, quatre
 entre le conjugué rétréci et le diamètre bipariétal du
 lait 1 cent. 5, que deux fois cet écart dépassait 8 mil-
 fréquemment, la disproportion entre le bassin de la
 tête fœtale était considérable. Au contraire, dans la
 période, il y eut une fois 12 millimètres de différence
 nourut ; mais dans tous les autres cas, la différence
 sure à 5 millimètres. La conclusion s'impose : si l'on
 uer le forceps au détroit supérieur avec chances de
 ut réserver cette opération aux cas où la dispropor-
 e bassin et le diamètre transversal de la tête fœtale
 s 5 millimètres, sinon, mieux vaut s'abstenir et recou-
 tre procédé.

— Il est facile, après l'accouchement, d'établir le rap-
 es dimensions de la tête fœtale et celles du bassin.
 possible d'apprécier, à quelques millimètres près, les
 transversales d'une tête au-dessus du détroit supé-
 ers une paroi abdominale plus ou moins épaisse, plus
 ndue, et quelles que soient l'inclinaison, la flexion,
 et la forme de cette tête ?

er. — D'après les expériences consignées dans ma thèse,
 l'on peut mesurer assez facilement le diamètre occi-
 à travers la paroi abdominale. De ce diamètre, il n'y
 ncher 25 à 27 millim. suivant l'âge de la grossesse et,
 ment le diamètre bipariétal. Sur quatre-vingts fem-
 nées à cet effet, neuf fois les mensurations étaient
 ente fois il y a eu une différence de 1 millim. 96 en
 ante et une fois de 1 millim. 92 en moins ?

. — Dans les faits intéressants que nous a communi-
 rret, il y a en réalité deux choses : sa communication
 dite et sa réponse à M. Bar, sa communication n'étant

en réalité que la conséquence des faits et des mensurations qu'il nous a rapportés en dernier lieu. Mais la question n'est pas aussi simple qu'il paraît le croire et nous prendrons la liberté de lui faire quelques objections. M. Perret nous cite une statistique de M. Lepage ; puis une autre statistique de MM. Lepage et Varnier. Ces statistiques sont favorables aux applications du forceps faites d'avant en arrière au détroit supérieur. Il nous semble que d'autres chiffres ont été publiés depuis, en particulier dans le livre de MM. Ribemont et Lepage ; elles indiquent avec cette variété d'application une mortalité pour les enfants de 31 à 32 % ; elles sont donc, au contraire, très favorables. Ces derniers chiffres et non les premiers seuls cités par M. Perret permettent de comprendre pourquoi les auteurs qui avaient conseillé les applications du forceps au détroit supérieur y ont aujourd'hui presque complètement renoncé. En second lieu, il y a dans les statistiques données par M. Perret celles qui datent du 1^{er} novembre 1888 au 1^{er} janvier 1893 ; puis celles qui ont été faites du 1^{er} janvier 1893 au 1^{er} avril 1895. Or, les résultats fournis dans ces deux périodes sont absolument différents, il eût été intéressant de nous expliquer pourquoi. La discussion de ces faits aurait peut-être conduit à des conclusions importantes. En troisième lieu, M. Perret nous parle en bloc des applications du forceps au détroit supérieur. Mais de quelles applications du forceps s'agit-il ? Transversales, antéro-postérieures ou obliques ? Les résultats expérimentaux et cliniques sont différents dans chacune d'elles. Quelle était en outre la variété de rétrécissement du bassin, les dimensions et la situation exacte de la tête, etc. ? Enfin, en supposant qu'on pût, de la connaissance du diamètre occipito-frontal, déduire le diamètre bi-pariétal, on ne saurait en tirer des conclusions précises pour l'application du forceps puisque dans le bassin plat rachitique, la tête ne s'engage pas par son diamètre bi-pariétal, mais par le diamètre bitemporal ou un diamètre voisin. Il faudrait encore tenir compte de la malléabilité et de la réductibilité du crâne, de la puissance des contractions utérines, etc. Donc, bien que les observations fournies par M. Perret soient intéressantes, elles ne nous paraissent pas apporter la solution de la question.

M. GAULARD. — Le procédé analysé par M. Perret a été enseigné par Bourdin il y a quelques années ; mais à la fin il n'était pas

ste de sa méthode. Comment M. Perret procède-t-il pour le diamètre occipito-frontal à travers la paroi

— Je prends la tête disposée transversalement au sur et je mesure le diamètre maximum. Ce diamètre fait une déduction de 27 millim. à partir du septième de la grosseur. Ceci permet d'obtenir le diamètre

(Lyon). — **Modelage de la tête par l'arc antérieur des bassins rétrécis.** — La malléabilité de la tête des bassins rétrécis est parfois très grande, mais c'est ; il faut la mettre en jeu pour savoir ce qu'elle donne ; la malléabilité fait gagner 1 cent. à 1 cent. 1/2 au moins. On voit l'importance de la tête qui était en rapport avec le promontoire qui lui fait subir des déformations plus grandes. Mais l'arc antérieur du bassin fait aussi subir des déformations, seulement ce sont des déformations en conséquence moins appréciables quoiqu'elles puissent aussi 1 cent. à 1 cent. 1/2. Le modelage que subit la tête par le promontoire en arrière, de par l'arc antérieur que M. Fochier repousse les applications de forceps internes qui empêchent ce modelage et en enlèvent une partie. M. Fochier cite une observation où la malléabilité fœtale fut mise en jeu d'une façon spéciale par la forme du bassin. Sur cette tête, le diamètre bipariétal, pris directement, mesurait 8 cent. 1/2 ; le bipariétal antérieur mesurait 9 cent. L'enfant mourut 14 jours après. Conclusion : quand dans les positions obliques, il faut tenir compte du rôle de l'arc antérieur du bassin fait subir à la tête fœtale. On évite l'application antéro-postérieure de forceps et l'application oblique.

— L'autopsie de l'enfant a-t-elle été faite ?

. — Non.

NTIER. — Les déformations de la tête varient avec

— Il y a deux parties à considérer dans les bassins : 1° la forme du bassin ; 2° la malléabilité de la tête, variable. On doit tenir compte de la forme du détroit

avation. Vouloir s'en tenir exclusivement promonto-pubien minimum, pour être tenue, c'est en effet s'exposer à ce qui passera en effet ou facilement ou ne passera point du tout, suivant que, l'ostéopostérieur, on aura affaire soit à un bassin conique, soit à un bassin plat, soit à un bassin oblique.

Quant à la malléabilité du crâne, c'est le capital, ainsi que le montre l'histoire de M. Fochier. Je puis à ce propos, rappeler une observation que j'ai eu le compte public un jour dans ses Annales, d'une sage-femme du quartier des Cordeliers, une de ses clientes qui n'accouchait que par les voies utérines puissantes, la partie fœtale se présentait au détroit supérieur. Au toucher, le fœtus était accessible mais éloigné. Il y avait une obstruction transverse du détroit supérieur, et la main placée elle-même transverse, cherchait à franchir le détroit qu'à frottement. L'enfant fut délivré après l'embryotomie. J'appris que la femme avait été à deux reprises soignée par M. Marjolin à cause de l'engorgement dans la fosse iliaque. Il y avait donc eu, en réalité, sacrospinale, une viciation pelvienne qui avait conduit au sin dit de Robert. Cette femme étant revenue, je priai M. Tarnier de l'examiner : elle provoqua l'accouchement à sept mois, mais ne présentait par le siège, ne put être délivrée de la tête dernière. Une troisième grossesse fut décidée avec M. Tarnier et fut menée à sept mois et quelques jours. Je ne puis pas dire, pendant la quatrième grossesse, que, l'opération césarienne n'ayant pas été faite, j'aurais l'avortement. Devenue enceinte, la femme fut confiée au D^r Maygrier qui, avec M. Tarnier et comme moi-même, fut d'avis de l'avortement. Or, quelques

années plus tard, cette femme, ayant quitté son mari, devint de nouveau enceinte. Sa situation sociale étant changée, elle n'osa point venir me trouver. Prise subitement de douleurs, alors qu'elle était enceinte de sept mois à sept mois et demi, elle se fit transporter à la Maternité où, ayant eu des contractions très violentes, elle expulsa spontanément un enfant petit, mais viable. Elle sortit de l'hôpital le nourrissant elle-même, et, comme elle m'avait fait avertir de ce qui s'était passé, elle voulut bien amener l'enfant chez moi. Si j'avais été seul à examiner cette femme, on aurait pu croire à une erreur ; mais elle avait été vue aussi et par M. Tarnier et par M. Maygrier, et elle n'avait pu, dans deux accouchements prématurés provoqués, expulser spontanément le produit de conception. La malléabilité extrême de la tête et la puissance des contractions utérines avaient réussi à faire passer un enfant vivant. Quand, dans la dernière séance, M. Guéniot nous a dit que dans 60 cas de rétrécissement du bassin, il avait observé 23 fois l'accouchement spontané, mais que, ces faits ne lui paraissant pas intéressants, « il passait » et n'en parlerait pas, nous avons été plusieurs à murmurer : mais ce sont peut-être les plus instructifs. En effet, à la forme et au degré de rétrécissement du bassin, il faut ajouter, comme ayant une importance capitale, la puissance des contractions utérines et la malléabilité de la tête du fœtus. Or, M. Guéniot a ajouté que, sur 23 accouchements qu'il avait provoqués, 14 fois l'expulsion avait été spontanée : il avait eu et heureusement recours au procédé de la bougie qui, tout en excitant les contractions utérines, permet à la tête de venir s'appliquer sur le détroit supérieur, de se mouler sur ce détroit et de le franchir. Il a donc pu tirer de cette malléabilité tout le bénéfice qu'il a pu y recueillir.

M. GAULARD. -- Si on échoue souvent dans l'application du forceps, c'est que l'on n'attend pas assez. A l'époque de Baudelocque et autres, les accouchements spontanés étaient beaucoup plus nombreux ; c'est qu'alors on laissait la tête se modeler.

M. LASKINE (de Paris). — **Sur un cas de paralysie suite d'application du forceps sur un gros enfant.** — Application du forceps sur une primipare de 22 ans en travail depuis 54 heures. Déchirure du périnée. Extraction d'un enfant de 4,650 grammes. Paralysie faciale, traitée d'abord par les courants interrom-

pus. Guérison au bout de 2 mois. L'auteur se demande pourquoi l'enfant a été si longtemps à guérir. Faut-il invoquer la syphilis du père ou la compression par le forceps ?

M. GAULARD a vu un cas de paralysie qui a duré bien longtemps. Il s'agit d'un confrère d'une quarantaine d'années qui avait subi une application de forceps à sa naissance.

M. DÉMELIN (de Paris). — **Deux cas de mort imprévue et rapide survenue quelques heures après l'accouchement.**

— 1^{er} Cas. Une femme à terme avec bassin rétréci de 8 centim. en travail. Emploi du ballon Champetier pour activer la dilatation. Symphyséotomie. Extraction d'un enfant vivant de 4,350 grammes. Délivrance artificielle. Pas d'hémorrhagie : Mort subite quatre heures après l'accouchement. Autopsie. Les organes ne sont pas décolorés, la femme n'est pas morte d'hémorrhagie. On voit que la face antérieure du ventricule droit est creusée d'un énorme sillon, l'organe paraît comme en antéflexion ; le ventricule droit est très mince ; le ventricule gauche est comme tétanisé ; les valvules sont saines. Cette femme est-elle morte d'hémorrhagie ? Le chloroforme doit-il être mis en cause ? Il n'y avait pas trace d'embolie. Il semble qu'il faille tenir grand compte de la déformation thoracique, de la déformation du cœur et de la tétanisation du ventricule gauche. — 2^e Cas. Femme chez laquelle on fit une application de forceps. Extraction d'un enfant de 3,800 grammes. Petite perte de sang, environ 800 grammes. Délivrance artificielle. Mort quatre heures après l'accouchement sans que rien ait pu la faire prévoir. A l'autopsie on constate de la tuberculose phrénique et l'auteur attribue la mort par tétanisation du diaphragme.

(A suivre).

(Le Progrès méd.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 12 mars 1895.)

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE TUBAIRE GÉMELLAIRE ; RÉTENTION PENDANT QUINZE ANNÉES D'UN FŒTUS MORT A TERME ; LAPAROTOMIE ; GUÉRISON.

M. FOLET (de Lille) lit une observation de grossesse extra-utérine tubaire. Cette grossesse était gémellaire. L'un des fœtus

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

à deux ou trois mois ; mais l'autre était parvenu à très-rarement dans les grossesses tubaires (on n'en a six ou sept observations). Pendant quinze années, le contenant ces deux fœtus resta dans le ventre sans aucun accident. Depuis un an, de petites poussées de péritonite amené des douleurs assez vives, la femme entra dans la clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Sauveur, à être débarrassée de sa tumeur. L'opération fut laborieuse de nombreuses adhérences du sac fœtal à l'intestin néanmoins l'extirper en presque totalité. Seul le fond adhérent fut laissé en place et suturé en collerette à la partie inférieure de la plaie. Les suites furent idéalement simples et la guérison fut obtenue en six semaines.

Le rapport que M. Folet présente à l'Académie n'est pas un lithotome à lames souples, non calcifiées, mais présentant une structure qui leur donne la consistance du lard cuit, ont subi quelques modifications, leur structure reconnaissable au microscope ; ainsi qu'il résulte de préparations et d'expériences faites sur la peau, le tissu conjonctif, les muscles, par M. Folet, professeur agrégé d'anatomie pathologique à la Faculté de Lille. Des recherches complètes sur cette singulière élasticité seront poursuivies et publiées ultérieurement.

(*Gaz des Hôp.*).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 4 mai 1895

ANTISTREPTOCOCCIQUE DANS LA SEPTICÉMIE PUERPÉRALE.
M. J. B. LÉVY et HERMARY. — Nous avons injecté à une parturiente atteinte de phénomènes d'infection, cinq jours après l'accouchement, cinquante centimètres cubes de sérum antistreptococcique de Charrin, en une journée et en deux fois. Le lendemain nous avons injecté, en deux fois encore, trente-cinq centimètres cubes de ce même sérum. L'état général s'est de suite amélioré, les phénomènes locaux n'ont cédé que moins vite. Onze jours après la dernière injection, la malade a commencé à se lever et aujourd'hui elle est définitivement guérie.

M. J. B. LÉVY (de Creil) présente l'observation d'une malade atteinte de septicémie puerpérale, chez laquelle une première in-

jection de 30 centimètres cubes du sérum de MM. Charrin et Roger a fait descendre, le jour de l'injection, la température de 40°8 à 37°.

La malade sembla guérie définitivement après trois injections de sérum, mais la fièvre reparut bientôt et ce retour paraissait dû à une contamination de la nouvelle accouchée par l'intermédiaire de sa mère, qui avait contracté un érysipèle de la face. Dès lors, une nouvelle injection fut faite, qui ramena la température de la malade au chiffre normal et fut suivie d'une convalescence définitive.

(Gaz. méd. de Paris.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 avril 1895.

DISCUSSION SUR LES FISTULES URETÉRO-VAGINALES

M. POIRIER a fait 35 hystérectomies vaginales, 26 pour inflammations utérines ou péri-utérines, 9 pour cancers. Dans un de ces derniers cas, un uretère a dû être lésé ; il y a eu, en effet, une fistule qui a disparu spontanément.

A défaut des faits cliniques, les connaissances anatomiques peuvent être utiles pour éviter de blesser les uretères au cours de l'hystérectomie. Ainsi que le rappelait M. Segond, l'uretère, entouré d'un riche plexus veineux, se trouve à 3 centimètres du col utérin. Aussi est-il indiqué de placer sa première pince aussi près que possible de l'utérus. Si on a soin de prendre cette précaution, on évitera de pincer l'uretère. Mais plus tard, alors que les veines sont déchirées, on a parfois une hémorragie qu'il faut arrêter et on place des pinces là où on voit sourdre le sang. C'est à ce moment que l'uretère peut se trouver saisi par une de ces pinces. On a d'autant plus de chances de le pincer dans ce temps de l'opération, que, situé au milieu de tissus enflammés, il peut se trouver plusieurs fois coudé sur lui-même et dilaté sur la base du ligament large. M. Poirier a souvent constaté ces dispositions anatomiques sur le cadavre.

M. QUÉNU ne comprend pas l'accusation portée par M. Segond contre le procédé de Doyen. Au contraire, ce procédé, ainsi que celui qu'emploie M. Quénu et qui consiste à sectionner l'utérus

sur la ligne médiane, mettent plus sûrement à l'abri des accidents aveugles.

M. ROUTIER, dans un cas d'hystérectomie partielle double, a eu une fistule urétéro-vaginale, qui ne s'est guérie que vingt jours après l'opération ; il a dû faire la laparotomie. Dans tous les autres cas d'hystérectomies vaginales complètes, il a eu recours à un procédé analogue à celui de Quénu et n'a jamais blessé d'uretère.

M. BAZY ne veut s'occuper que du traitement des fistules urétéro-vaginales. Lorsqu'elles ne guérissent pas spontanément après quelques cautérisations, une opération s'impose. Par quelle voie doit-on préférer ? La voie vaginale ou la voie abdominale ?

La voie vaginale est la plus ancienne. Elle a donné lieu à de nombreux procédés. Quel que soit celui auquel on recourt, il ne suffit pas de fermer la fistule, il faut aussi assurer le fonctionnement intégral du rein, qui peut être compromise par l'existence d'un rétrécissement au niveau de la fistule. On s'applique à supprimer le rétrécissement, à rétablir la continuité du canal. Pour cela il faut suturer muqueuse sur muqueuse et obtenir une réunion par première intention.

Or, cette indication peut être remplie quand on opère par la voie abdominale, soit qu'on emploie le procédé de Noy, soit qu'on ait recours à celui de M. Bazy.

Le but du chirurgien ne doit pas être seulement de fermer la fistule, mais aussi de rétablir un canal permettant le fonctionnement du rein, sans quoi on s'expose à voir apparaître ultérieurement un rétrécissement. Or, quand on emploie la voie vaginale, on n'est jamais sûr d'éviter cet inconvénient.

Les seuls procédés par la voie vaginale qui n'exposent pas à un rétrécissement sont le procédé de Mayo, et peut-être celui de Penrose. M. Bazy, comparant ces procédés à la néostomie, telle qu'il l'a conseillée par la voie abdominale, a démontré la supériorité de ce dernier. Il a constaté que c'est beaucoup plus facile que les procédés vaginaux. Il le déclare M. Tuffier lui-même. Par la laparotomie, par une petite incision, on manœuvre facilement et on évite tout le temps de l'opération. La voie vaginale, quand on ne veut pas aller à l'aveugle, exige la possibilité de cathétérisme de l'uretère. Or, ce cathétérisme est souve-

Dans un de ses cas, M. Tuffler a essayé de faire l'uretéro-cystonéostomie par la voie abdominale et, n'ayant pu y parvenir, il a lié l'uretère ; huit jours après la fistule se reproduisait. Il a alors eu recours à la voie vaginale, peut-être plus pénible, mais plus inoffensive. M. Bazy croit pouvoir affirmer que, dans ce cas, la voie abdominale lui aurait suffi. En effet, de deux choses l'une : ou l'urine sortait par le trajet fistuleux primitif, ou bien elle sortait par un autre trajet venant du point lié. Dans la première hypothèse, il abouchait une portion d'uretère située au-dessous d'un rétrécissement, et il faisait une opération incomplètement efficace. Dans la deuxième hypothèse, il abouchait la portion d'uretère située au-dessus du point lié par lui dans son opération abdominale, et dès lors, puisqu'il a pu faire cet abouchement de l'uretère à la vessie, par la voie vaginale, il aurait pu, dans sa première opération, le faire par la voie abdominale.

Abordant ensuite la question de bénignité, M. Bazy se trouve grandement à l'aise, toutes les opérations d'uretéro-cystonéostomie abdominale qu'il connaît ayant abouti à la guérison ; même dans les cas les plus défavorables, comme ceux de MM. Rouffart et Tuffler, les malades guérissent. Par conséquent, la preuve de la bénignité est faite.

Donc, bénignité aussi grande, efficacité et facilité beaucoup plus grande, il n'en faut pas davantage pour faire préférer l'uretéro cystonéostomie abdominale à l'uretéro-cystonéostomie vaginale.

Séance du 24 avril

DES FISTULES URETÉRO-VAGINALES

M. CHAPUT. — Je ne désire faire que quelques remarques au sujet du mécanisme des fistules uretéro-vaginales ; ces fistules peuvent se produire dans trois circonstances : ou bien l'uretère est primitivement pincé ; ou il est complètement sectionné le jour de l'opération ; ou enfin il n'est atteint que plus tard par extension d'une eschare de voisinage. En ce qui concerne le pincement latéral, je crois qu'il n'est pas aussi fréquent qu'on l'a avancé, et pour la guérison spontanée des lésions de l'uretère en général, elle ne me paraît pas aussi simple à accepter qu'à décrire.

M. Tuffler conseille, dans sa communication, de chercher au fond du vagin les deux bouts de l'uretère sectionné et d'en prati-

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

e ; peut-être y arrivera-t-on quelquefois, mais il est à l'on échoue le plus souvent, tant à cause de la difficulté de découvrir le bout supérieur de l'uretère plus ou moins de l'impossibilité de suturer muqueuse à muqueuse. Les principales raisons qui me font considérer l'opération vaginale comme une opération d'exception. A est par la laparotomie que l'on doit agir en s'efforçant de réunir l'uretère à la vessie, ce qui est un procédé excellent. Ce procédé n'est pas toujours réalisable et, plutôt que de réunir l'uretère à la peau, ou de faire la ligature du canal, je crois qu'il vaut mieux faire l'abouchement direct.

DE LA CHOLÉDOCOTOMIE SANS SUTURE

. — Il y a quelques années le bistouri respectait le canal cholédoque et jusqu'à ces derniers temps on ne faisait que sept interventions faites sur ce canal. Il semble qu'il doive en conclure que les occasions d'intervenir sont rares. Mais, ont été, il est vrai, mais elles devront l'être moins lorsqu'on sera bien persuadé que les obstructions du canal sont assez fréquentes.

Il faut d'abord déterminer, c'est cette obstruction, le diagnostic est souvent rendu fort difficile par l'absence de douleur : aussi, comme le pronostic de l'obstruction est empreint de gravité, j'estime que, même dans le cas où il n'y a pas à temporiser. Quand un malade a de la fièvre, après des crises de colique hépatique, il faut faire l'exploration du cholédoque.

La seule circonstance que j'ai fait trois fois la laparotomie. Dans le premier cas j'ai trouvé une cirrhose du foie ; dans le second cas un cancer du pancréas et dans un troisième un calcul du cholédoque. Les trois malades ont guéri de l'opération ; les deux premiers la maladie a ultérieurement suivi son cours ; chez le troisième la guérison a été complète.

En ce qui concerne l'incision du canal cholédoque pour laquelle, d'après mes observations anatomiques, il me paraît préférable de recourir à l'incision médiane plutôt qu'à l'incision latérale, présente moins de difficultés, suivant que le canal est à sa place,

libre de toute adhérence ou, au contraire, englobé par des tissus inflammatoires d'épaisseur variable, et suivant que le calcul est situé dans sa portion superficielle, sus-duodénale, ou dans sa portion profonde, rétroduodénale.

Lorsqu'on a reconnu la présence d'un calcul on a conseillé différentes interventions : tenter de refouler le calcul dans la vésicule biliaire ; le broyer ; faire une entérostomie biliaire ou une cholédocotomie avec extraction du corps étranger. De ces diverses méthodes, la dernière, qui a donné de bons résultats, me paraît l'opération de choix. Si le canal est facilement accessible on l'incise, on retire le calcul et on termine par la suture du cholédoque ; si, au contraire, il est très profondément situé, on néglige le dernier temps de l'opération, ainsi que plusieurs chirurgiens l'ont fait, ce qui n'a pas empêché leurs malades de guérir définitivement. J'en ai eu moi-même un exemple sur une femme dont le calcul était profondément enclavé ; le cholédoque était trop profondément pour songer à le suturer ; j'ai fait l'extraction du calcul et j'ai tamponné la plaie avec de la gaze iodoformée ; ma malade a guéri sans incidents.

En résumé, de ces considérations je tirerai les conclusions suivantes :

1° Dans toute rétention biliaire chronique la laparotomie est indiquée.

2° Le calcul reconnu, l'extraction par la cholédocotomie est la méthode de choix. Elle sera faite en un temps ou en deux temps, suivant les cas, et on pratiquera, ou non, la suture de la plaie du cholédoque, selon que le canal sera facilement ou difficilement accessible.

SUR UN PROCÉDÉ DÉFINITIF D'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE POUR FIBROMES UTÉRINS.

M. RICHELOT. — Les perfectionnements apportés au traitement du pédicule, dans l'hystérectomie, ne donnent pas encore la solution définitive du problème ; je l'ai reconnu au Congrès de chirurgie, en disant que l'avenir appartenait sans doute à l'hystérectomie abdominale totale. Le meilleur moyen de supprimer les inconvénients du pédicule, c'est de supprimer le pédicule lui-

même. Seulement, nous n'avons pas jusqu'ici l'instrument, une manœuvre simple, sans attirail instrumentaire.

Or, je suis arrivé, après quelques tâtonnements, à une manœuvre simple, et je m'en tiendrai là, tant qu'on ne nous apportera pas un nouveau progrès, sérieux et authentique.

Le procédé que je vais décrire se résume en deux temps : l'incision et la ligature des ligatures et des sutures, plus simple que dans l'hystérectomie vaginale. Quelques auteurs ont essayé de marcher dans cette voie, mais n'ont pas atteint le but.

Voici l'opération :

Il faut très peu d'instruments ; le principal est la « pince de Richelot » dont je ne me sers jamais dans l'hystérectomie vaginale, mais qui offre ici de sérieux avantages par sa rigueur de se placer entre les jambes. La désinfection doit être absolue.

L'incision abdominale étant faite, l'utérus est attiré en bas, couché sur l'abdomen. Si le fibrome est dans le segment inférieur, ou s'y prolonge et remplit le segment supérieur, faut d'abord énucléer la tumeur, en bloc ou par morceaux. L'utérus flasque et aminci vous laisse toute liberté pour faire l'incision dans ses parties latérales.

Taillez un lambeau péritonéal antérieur et refaites le petit bassin, pour éloigner la vessie et l'uretère.

L'index et le médius de la main gauche introduits dans le vagin, en avant du col, rasez l'utérus avec le doigt, rencontrez vos doigts et percez le cul-de-sac au-dessous du col. Tenez l'index par en haut dans la perforation, et sur le côté, coupez avec les ciseaux l'insertion du vagin au-dessous de l'index jusqu'à la base d'un ligament large. Rien ne saigne, pas plus que la saignée l'incision circulaire au début de l'hystérectomie.

C'est le moment de placer la grande pince, pendant que l'utérus est encore là et vous présente le ligament dans sa position normale. Cette manière de faire est la plus simple et la plus sûre. Inutile, par conséquent, d'appliquer les incisions abdominales provisoires pour y substituer les vaginales.

Procédez de la manière suivante : embrassez le ligament avec toute la main gauche, le pouce en avant, les

rière ; appuyez la pointe mousse des ciseaux dans le point où vous venez d'arrêter la désinsertion vaginale, au-dessous de l'utérine, et perforez le feuillet postérieur du ligament. Puis introduisez de la main droite la pince vaginale, présentez son mors postérieur au susdit orifice, et poussez-la de bas en haut, en dehors de la trompe et de l'ovaire, bien entendu, pendant que votre aide laisse descendre un peu l'utérus et que vous engagez à fond le bord supérieur du ligament large, avant de serrer fortement. Cette application de la pince est d'une facilité extrême, inattendue.

Reprenez, de l'autre côté, la désinsertion du vagin et pincez le second ligament de la même façon.

Coupez rapidement sur les bords de l'utérus, et la masse ne tient plus que par le cul-de-sac postérieur. Tout est fini en deux ou trois coups de ciseaux.

La tumeur enlevée, il faut reprendre, avec des « languettes de seize » introduites par en bas, les points saignants de la section postérieure. Puis une lamie de gaze iodoformée, introduite par en haut, est pelotonée dans le fond du vagin, et l'opération est terminée. Avec les pinces des ligaments, l'hémostase complémentaire, l'absence de toute ligature et la brèche du péritoine occupée par le gaze, on a la copie identique d'une hystérectomie vaginale.

Les trois opérations que j'ai faites par ce procédé m'ont demandé trois quarts d'heure, trente-cinq minutes et une demi-heure. Je parle de la durée vraie, totale, y compris la suture de l'abdomen.

Mes trois malades ont guéri ; ce n'est pas une statistique, mais c'est une expérience suffisante, après les tâtonnements antérieurs pour fixer ma pratique. Tout ce qui était progrès il y a quelques semaines disparaît devant la simplicité de l'hystérectomie avec la pince vaginale d'emblée et la suppression totale du lien élastique, des ligatures variées et de l'occlusion du péritoine.

(*Bull. méd.*)

REVUE DE LA PRESSE

EMPLOI DE L'ICHTHYOL DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES.

M. Lohnstein résume ainsi les indications relatives à l'emploi de l'ichthyol dans le traitement des affections des organes génito-urinaires :

1° L'ichthyol doit être employé surtout dans les cas d'urétrite aiguë avec grande sensibilité de la muqueuse, sous forme de grands lavages faits avec une solution chaude, contenant de 0,5 à 2 0/0 de substance médicamenteuse ;

2° Dans les cas d'urétrite antérieure subaiguë, lorsqu'il existe une affection locale circonscrite, l'ichthyol donnera des résultats particulièrement avantageux, en applications topiques sur le siège du mal dans l'endoscope ;

3° Dans les formes infiltrées de l'urétrite chronique, l'emploi de l'ichthyol ne peut donner de bons résultats que lorsqu'on l'associe au traitement mécanique ;

4° Dans les cas de prostatite, l'ichthyol en suppositoires (0,3 à 0,5 *pro dcsi*), calme le plus souvent les manifestations inflammatoires ;

5° Dans les cas de pyélite et de néphrite, l'ichthyol ne produit pas d'effets curatifs. (Le Mois médical.)

TRAITEMENT DE LA BLENNORRAGIE CHEZ LA FEMME,

par le D^r DOLÉRIS.

Dans une étude publiée sur ce sujet, M. Doléris pense que ce traitement doit varier, comme les formes de l'infection qu'il est appelé à combattre.

Lorsque le praticien se trouve en présence d'une *infection diffuse*, qui a gagné les annexes, que le corps de l'utérus est atteint, ce qu'indiquent l'augmentation de volume, l'hémorragie et la douleur, c'est au repos, avec fréquents lavages vaginaux au sublimé qu'il devra avoir recours ; les tampons vaginaux de glycérine associés à des antiseptiques et des narcotiques ; si la douleur l'exige, les révulsifs sur l'abdomen, les émollients et les balsamiques, s'il y a urétrite, rendront

traitement de la blennorrhagie *aiguë*,
ams et du derme muqueux s'opposent

ironiques, le col devient l'habitat de
ir été sa première conquête, il devient
lion va guider le traitement. Il faudra
ocoques par des moyens appropriés :
rure de zinc, créosote, etc. En outre,
son mieux la béance du col, afin que
dernières retraites de l'ennemi, soient
ances microbicides employées. (Nouv.

MUQUEUSE DU CORPS UTÉRIN.

étrique et de gynécologie de Bordeaux
ésente un utérus cancéreux qu'il a enle-
Le diagnostic avait été fait en se basant
et les hémorragies apparues cinq ans
l'absence de toute douleur. L'examen
é à M. Coyne que le corps de l'utérus
amineuses, formées d'un stroma con-
idrique, le tout recouvrant une zone
le tissu musculaire et tapissées d'épi-
a circonvolutions. M. Demons insiste

uit, M. Coyne fait ressortir la nécessité
adition que l'on ramène un fragment
umineux. A ce propos, M. Chaleix fait
vent chez les vieilles femmes une for-
dans laquelle la muqueuse, très amin-
en tissu fibreux, ne donne aucune
t glisse sur une surface absolument
bservation du même genre : chez une
ies, le curetage ne ramena rien.

(*Rev. de thér.*).

HYSTÉCTOMIE.

ion détaillée d'un cas où il a pratiqué

REVUE DE LA PRESSE.

séotomie à l'hôpital Saint-Louis. L'observation a été recueillie par M. Perrin. Femme rachitique, 26 ans, quatrième grossesse s'est terminée par une embryotomie, la troisième par un accouchement provoqué avec enfants tous vivants. Actuellement elle est à terme.

Les déformations du squelette sont peu prononcées et consistent en une légère ensellure lombaire, un peu de voussure de la région sacrale et de l'incurvation des tibiaux. Le diamètre promontorio-pubien mesure 93 millimètres, sans déduction : les autres n'ont pas été mesurés. Le col est entièrement ouvert, les membranes rompues, la tête mobile au-dessus du détroit supérieur transverse. Quand la dilatation du col est complète on introduit un ballon de Champetier dans l'œuf le long de la paroi postérieure il est expulsé presque immédiatement.

Anesthésie chloroformique. Application du forceps selon le diamètre transversal. Traction pendant dix minutes sans résultat. M. Auvarde fait alors la symphyséotomie. Incision de 7 centimètres sur la ligne médiane déviant à gauche vers la vulve pour éviter le clitoris : hémorragie assez abondante qui augmente pendant le décollement des os iliaques. Section de la symphyse de haut en bas et d'arrière en avant avec un bistouri boutonné introduit sur le doigt : le ligament antérieur en est sectionné. Les cuisses sont fléchies sur le bassin et maintenues en abduction modérée ; l'écartement des pubis n'a pas été nécessaire, l'extraction sans difficulté.

Suture osseuse ; suture des parties molles avec six points de Florence. Pansement iodoformé ; une simple bande de crêpe serrée maintient les trochanters. Le quatrième et le cinquième jour la température a monté à 38°2. Une goutte de pus a été recueillie au niveau d'un des crins de Florence. Nouvelle poussée de fièvre aux huitième et neuvième jours. Les fils sont enlevés au dixième jour. La réunion de la plaie est complète. La malade se lève au onzième jour ; un peu de douleur au niveau de l'articulation ilio-fémorale gauche pendant les mouvements. L'enfant se porte

(Arch. de tocologie et de gynéc.).

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

40. — Traitement de l'oblitération du col de l'utérus au moment de l'accouchement. — Le col de l'utérus, tout comme les autres parties des organes génitaux de la mère, peut être le point de départ d'obstacles à l'accouchement; il y a une dystocie cervicale tout comme il y a une distocie pelvienne. Une cause très rare de dystocie cervicale est l'oblitération complète de l'orifice utérin. M. EUSTACHE (de Lille), à l'occasion d'un fait de ce genre, qu'il a observé récemment, étudie cette complication curieuse de la grossesse (*Journ. des sciences méd. de Lille*, mars 1895).

L'oblitération peut siéger à l'orifice interne ou à l'orifice externe. Cette dernière est de beaucoup la plus fréquente. On peut, dans un certain nombre de cas, la rapporter à l'existence antérieure d'une sténose du col résultant d'une métrite ou d'une dysménorrhée obstructive, sténose aboutissant peu à peu à la disparition de l'orifice. On peut l'expliquer aussi par la présence d'ulcérations qui, en se cicatrisant, amènent l'oblitération. Dans beaucoup de cas, cette pathogénie ne peut être invoquée. On a dit alors que l'oblitération résulte de l'organisation du bouchon plastique qui se trouve dans le canal cervical pendant la grossesse. D'autres auteurs prétendent qu'elle provient de la formation d'une sorte de membrane caduque venant s'interposer entre les lèvres du col; d'autres enfin invoquent la vitalité et la circulation plus intense de l'utérus gravide, qui le prédisposent à réaliser des conditions morbides qui aboutissent à cette oblitération. En somme, les causes de ce processus adhésif sont mal connues.

C'est seulement au moment du travail que l'on constate le plus souvent cette lésion. La partie fœtale engagée distend le col qui forme ainsi une tumeur lisse et arrondie, plus ou moins saillante, et que le doigt explore sur toute la surface sans rencontrer ni orifice, ni bourrelet rappelant l'état normal. Si l'on n'a pas suivi attentivement la marche du travail, il peut arriver que la distension et l'amincissement du col soient tels, que l'on sente sutures et fontanelles et que l'on

croie à une dilatation complète, erreur fatale qui a été commise parfois et qui a entraîné l'application du forceps sur la matrice elle-même et l'arrachement de cet organe. L'on pourra le plus souvent reconnaître la place qu'occupait primitivement l'orifice, soit à un léger bourrelet, soit à un amincissement d'un point de la tumeur.

C'est en ce point qu'il faudra faire porter l'intervention. Cette intervention peut ne pas être immédiate, car il a pu arriver bien souvent que la membrane obturatrice cédât à l'effort des contractions utérines. L'état du fœtus et de la mère, la durée du travail donneront des indications à ce point de vue.

L'on peut essayer d'ouvrir la membrane avec l'ongle, au moment des contractions, lorsqu'elle est fortement tendue. Puis on agrandit avec le doigt l'ouverture en lacérant plus ou moins ses bords ; dès lors la dilatation progresse régulièrement et l'accouchement se termine. C'est ainsi que les choses se sont passées dans le cas de M. Eustache.

Si le doigt et l'ongle ne peuvent amener la création d'un orifice, on peut essayer avec la sonde cannelée en éraillant peu à peu la muqueuse et les fibres musculaires. Dans le cas de non réussite, l'on aura recours au bistouri, que l'on maniera naturellement avec la plus grande prudence.

* * *

41. — Traitement de la constipation des nourrissons d'après M. Marfan. — La constipation liée à l'alimentation, mais indépendante de troubles digestifs, doit être traitée par la modification du régime. Ce genre de constipation peut se rencontrer chez des enfants allaités au sein par des nourrices ayant un lait *riche en caséine, mais pauvre en lactose*. Dans ce cas, la constipation cesse si l'on donne, avant la tétée, un peu d'eau tiède fortement sucrée. Chez les enfants nourris de lait de vache il faut, surtout dans les premiers mois, couper le lait avec de l'eau sucrée à 4 ou 5 pour cent, suivant les proportions connues. Si le coupage diminue trop le chiffre de la graisse, on peut ajouter au lait une certaine quantité de crème. Mais, en général, un coupage à l'eau sucrée ou l'addition du sucre au lait pur ont paru suffire à M. Marfan pour réduire au minimum la constipation alimentaire.

Si l'on ne supprime pas celle-ci complètement, on la transforme en une constipation légère dont les lavements triomphent facilement

tous accidents. Si, quand l'époque en ses premières bouillies, cet enfant instipé, on choisit préférablement, le gruau d'avoine et l'on supprime stigation.

uelle congénitale, il n'y a qu'une
er contre elle, jusqu'à l'âge où elle
ient ; ce sont les moyens eccoproti-
laxatifs, purgatifs, massage, électri-

beaucoup d'auteurs, M. Marfan place
 de tous ces moyens et nous avons
 par son avis. Pour les formes légères,
 en caoutchouc ou avec l'irrigateur
 qu'on a affaire à des constipations
 le d'entéroclyse pour faire le lavage
 nécessite l'introduction rectale d'une
 bouillie tiède suffit aux formes légères
 et d'opposer l'eau légèrement salée
 ou (2 cuillerées à soupe d'huile émulsion
 250 à 300 gr. d'eau) est tout par-
 fait le miel de mercuriale assure l'action
 et pas craindre de répéter les lave-
 , si nécessité il y a. Cette répétition
 les suppositoires pourront remplacer
 contre la constipation habituelle des
 deux à cinq par jour et une ou deux

N. DROIXHE.

**Infection puerpérale par les
le sublimé. T. DE KESMARKY (Cent.
raité une première malade par les
imé à la dose de 1 centigramme par
malade mourut en quarante-quatre
gréneux du poumon avec ouverture
cas d'infection puerpérale l'auteur
lli : il injecta dans les veines 1 mil-**

ligramme de sublimé, en allant progressivement jusqu'à 5 milligrammes par jour. La première malade reçut ainsi 37 milligrammes en dix injections, la seconde 31 milligrammes en huit injections. La température s'abaisse progressivement dès le début du traitement, et les deux jeunes femmes guérissent : dès le deuxième ou le troisième jour, il y eut un relèvement manifeste de l'état général : le traitement est sans aucun danger et peut donc être expérimenté sans crainte.

(*Revue de théér. méd. chir.*)

* * *

43. — Indication du morcellement dans le cancer utérin (DURET, de Lille). — Nous réduisons à quatre les circonstances principales, dans lesquelles le cancer, étant d'autre part opérable, le morcellement utérin est *la seule opération exécutable* :

1° Fragilité extrême du col, dans les cancers térébrants, ne permettant pas la préhension ; — 2° Volume énorme du champignon dans les cancers végétants, ne permettant pas, à cause de l'étroitesse du vagin ou de la saillie du pubis, d'aborder les culs-de-sac vaginaux ; — 3° Volume excessif de l'utérus soit par hypertrophie, soit par coexistence des corps fibreux, l'abaissement étant impossible ; — 4° Adhérences pelviennes résistantes dans les annexes ou le cul-de-sac de Douglas, immobilisant, malgré les tractions, l'utérus dans une situation élevée.

Quant aux modes opératoires du morcellement pour utérus cancéreux, nous les résumons ainsi :

1° *Morcellement incomplet, et ablation en une seule pièce du fond du corps utérin (calotte) et des annexes.*

On divise le col et la tumeur selon le plan vertical et médian, dans l'étendue de quelques centimètres ; puis on morcelle par blocs successifs à droite et à gauche de la section, la plupart du temps alternativement. On prolonge chaque fois la section d'un ou deux centimètres autant qu'il est nécessaire. Si l'on rencontre l'artère utérine, on la saisit dans des pinces hémostatiques. Souvent, quand on approche du fond de l'utérus, au niveau de son tiers supérieur, on reconnaît que celui-ci est susceptible d'être abaissé, et même de subir le basculement, en avant ou en arrière. Alors on termine comme dans une hystérectomie ordinaire, en faisant la ligature des ligaments lar-

on peut extraire du même coup

on médiane antéropostérieure
sur, de manière à enlever suc-
, avec l'annexe correspondante.
antéro-postérieure, à la section
le risque de rencontrer l'artère
touri. Alors l'hémostase serait
assez large. Au contraire, lors-
t, sur la coupe l'artère apparaît
une pince languette, on arrête
se une pince hémostatique à

• alternativement, à droite et à
a de l'utérus cancéreux ; on a
et à mesure la section verticale.
corps utérin, on achève la sec-
abaisser et basculer aisément

orcellement, dans le cas de can-
ne accusation gratuite : car on
ls-de-sac péritonéaux, et procé-
ent où on pénètre dans la sé-
corps utérin, qui généralement
ce cancéreuse.

orcellement, dans les cancers
permet une ablation complète
ixes. — Elle présente les indi-
signalées, et mérite d'occuper
opératoire des cancers uté-

maladies des femmes par

Voici les indications principa-

:

glace. — C'est un moyen hé-
gie survenant dans les opéra-
la vessie et l'intestin ; mais ce

moyen ne peut être employé qu'une fois à cause d provoquer.

La vessie de glace. — La glace pilée mise dans choux et placée sur le ventre diminue les douleurs en même temps administrer des injections vaginales l'action spéciale est renforcée par la glace.

Des bains chauds. — On peut donner des bains à température variée de 31° à 35° dans les cas d'ischémie internes, mais l'on doit s'assurer si le cœur et les reins ne sont pas malades ; dans ce dernier cas, les bains sont contraindits tant que la malade est au bain, on enveloppe la malade d'une couverture mouillée, le pouls doit être surveillé de près et le bain court, sa durée ne doit pas dépasser cinq minutes. Dès que le signe de syncope se produit il faut enlever la malade du bain et la placer sur un lit préalable. Les bains chauds ne peuvent pas être employés souvent à l'exiguïté des appartements d'une part et au danger pour les personnes sujettes facilement à la syncope, etc.

Traitement par l'eau à proprement parler. — On a recours à ce moyen de deux façons : soit en administrant des douches abdominales, soit en pratiquant l'enveloppement mouillé. La température et la durée varient suivant la saison, les meilleures sont : le printemps et l'automne. Ce traitement doit être employé dans les cas de métrorrhagie, provenant de l'obésité ; métrorrhagie chronique maligne, pléthore abdominale ; constipation, ne doit jamais être mis en pratique chez les malades atteintes à un moment donné de maladies inflammatoires.

45. — Prurit vulvaire.

Sulfophénate de soude.....	
Vaseline.....	} aa 4
Lanoline.....	

étrique. (WARMANN.) — Très
sans danger pour l'organisme
de l'avortement, pendant la
issement traité par l'assa fetida
dialgie, vomissements, entéral-
assa :

..... 6 grammes.

ur, en diminuant progressive-

lique.

..... } à 3 parties.
nglaise)

..... 240 —

illérées à soupe de ce mélange

(BODENHAMER.)

s génital. — 1° *Herpès sec* :

..... } à 25 grammes.

..... 5 —

..... } à 20 grammes.

..... 10 —

..... 100 grammes.

..... 1 —

..... 1 —

boriquée ou à l'eau phéniquée

BESNIER.

49.— Traitement symptomatique de la dysménorrhée chez les jeunes filles. (*Progrès médical*, 1894, leur traitement symptomatique de la dysménorrhée chez les jeunes filles consiste dans le repos au lit, observé pendant les règles douloureuses. Si les douleurs sont par trop crues l'usage de la mixture suivante :

Bromure de potassium.....	} àà 10 gra
Antipyrine.....	
Extrait fluide de viburnum prunifolium.....	20
Eau distillée.....	120
Cognac.....	} àà 30
Sirop d'écorces d'oranges amères	

Mélez. A prendre tous les jours la valeur de quinquante grammes.

Nous rappellerons à nos lecteurs que le massage de la région lombo-sacrée, pratiqué pendant la semaine des règles, a donné au D^r Chéron des résultats excellents dans la dysménorrhée des jeunes filles, spécialement dans les cas de dysménorrhée catarrhale (Voir un de nos précédents formulaires.)

50. — Extirpation abdominale des fibromes avec conservation de l'utérus. — Voici les conclusions du P^r Obalinski sur ce sujet (1) :

1° La marche des fibromes de l'utérus ne peut être arrêtée, c'est pourquoi il faut les extirper plus tôt que cela ne se peut jusqu'ici.

2° Il est d'autant plus nécessaire d'intervenir dans les cas graves qu'ils continuent à croître.

3° L'ablation des fibromes ne peut être effectuée que par la voie chirurgicale.

4° Chaque cas particulier doit être individualisé, et l'on doit appliquer autant que possible la méthode la plus inoffensive.

(1) Nous sommes loin d'accepter les conclusions de l'auteur, car la mortalité considérable des ablations de tumeurs fibreuses démontre la rareté de la bénignité réelle dans la grande majorité des cas (N. D. I.).

plus inoffensives, il faut assu-
lbreux soit par le vagin (Czer-
té de la cavité abdominale ;
nment d'appliquer le procédé

cas qui se présentent, les tu-
soit nécessaire de sacrifier les
es cas, chercher à réaliser ce
ste à extirper la tumeur avec
proposées pour l'exécution de
nce à l'extirpation de l'utérus
(par morcellement) ; vient
procédé de Zweifel et en der-
du côté de la cavité abdomi-

ptionnellement à la castration

tiqne des hémorragies

Vochensch., novembre 1894.)

tout à l'affirmation de J. Veit,

le placenta par expression.

leur expérimenté sera de son

sort pas par la pression, même

dans les cas d'obésité, de pla-

cile de saisir l'utérus suffisam-

ession. Si le placenta ne sort

de l'utérus, il faut l'enlever

que de Veit, qui consiste à

l'apparition d'une hémorragie

impie. (*Centralblatt für*

ndique le traitement suivant

s fréquemment répétées (15

milligrammes en injections sous-cutanées six fois en vingt-quatre heures suivant la quantité des urines), des lavements au chloral et une légère chloroformisation. Ce dernier moyen ne doit être employé que dans le cas d'interventions chirurgicales. En même temps, tous les moyens externes capables de stimuler les fonctions cutanées doivent être mis en pratique tels que : des enveloppements avec des linges trempés dans de l'eau chaude, des frictions quotidiennes répétées avec une solution alcoolique et de l'air chauffé, etc. Dans tous les cas il faut avoir soin d'évacuer les intestins en administrant le plus tôt possible un purgatif salin (soude, magnésie, etc.) ; il faut aussi tenir grand compte des fonctions rénales. On fera prendre du lait et des différentes eaux minérales diurétiques, on appliquera d'autre part sur la région lombaire un gros sac de caoutchouc rempli d'eau chaude. Ce traitement local exerce une influence très favorable sur la diurèse. Dans trois cas des plus graves avec perte complète de connaissance, un état comateux et une température très élevée (39°-40°), ce traitement local a eu pour résultat l'augmentation de la quantité des urines et la notable diminution de l'albumine ; on constate en même temps une amélioration générale qui se transforme après quelques jours en guérison définitive. L'auteur croit donc nécessaire de recommander tout particulièrement les applications chaudes dans la région lombaire, surtout dans les cas où il y a diminution de la quantité des urines, accompagnée d'une albuminurie très grande.

* * *

53. — D'où provient le résultat défavorable de l'antiseptie dans les cas de fièvre puerpérale. (*Volkman Samml. klin. Vort.*, novembre 1894.) — Dans une autre analyse nous avons déjà indiqué les causes qu'invoquait M. Rudolf Dohrn pour expliquer les résultats défavorables. M. SCHRADER examinant la même question ne manque pas d'arriver à la même conclusion. Il va même plus loin, considérant les injections vaginales administrées après l'accouchement comme inutiles et dangereuses, étant donné qu'une certaine quantité de microbes qui se trouvent dans le vagin peut être entraînée mécaniquement dans le segment inférieur de l'utérus, comme l'auteur a pu l'observer dans un cas. Le drainage de l'utérus serait aussi nuisible. Schrader termine son travail en disant que si la guérison a lieu après les irrigations on ne doit pas oublier qu'elle se

fait non pas à cause d'elles mais malgré elles. La valeur de l'antiseptie appliquée à l'obstétrique est dans la prophylaxie et non pas dans le traitement local.



54. — La pilocarpine dans l'éclampsie des femmes enceintes, par B. GRINBERG. (*Med. Oboz.*, n° 3, 1893.) L'auteur a employé dans quatre cas de convulsions éclamptiques tantôt avant l'accouchement, tantôt après, des injections hypodermiques de pilocarpine à des doses de 1 centigramme par piqure. Dans un de ces quatre cas la malade est morte avec des phénomènes d'œdème pulmonaire. Chez les autres malades la pilocarpine eut pour effet la suppression rapide et définitive des convulsions. Dans les maladies pulmonaires la pilocarpine est, selon l'auteur, contre-indiquée, puisque la malade qui est morte d'œdème pulmonaire était une phtisique.



55. — Traitement du cancer utérin par des injections d'acide salicylique, par le D^r F. FARLUS. (*Med. Oboz.*, n° 1, 1895.) — L'auteur a essayé dans sept cas de cancer utérin inopérable le traitement proposé par le D^r Bernard (de Munich) et a obtenu des résultats assez satisfaisants, notamment diminution et même disparition des hémorragies, disparition des pertes irritantes et de la mauvaise odeur, diminution des douleurs, amélioration de l'état général et enfin un ralentissement dans le développement de la maladie. Aussi considère-t-il cette méthode comme supérieure à toutes les autres méthodes de traitement palliatif du cancer utérin quand il est trop tard pour extirper le néoplasme. L'auteur se sert d'une solution alcoolique (alcool à 60 %) d'acide salicylique à 8 %. Après avoir nettoyé le vagin avec des injections antiseptiques faites deux à trois fois par jour, on rend la portion vaginale de l'utérus accessible à l'aide des valves et on injecte dans l'épaisseur du col à une profondeur de deux tiers de centimètre, avec une seringue de Pravaz, 1 à 4 centimètres cubes de liquide en cinq à six endroits différents. On essuie ensuite avec des tampons d'ouate, on saupoudre avec de l'iodoforme et on tamponne le vagin avec des tampons d'ouate imbibés de glycérine iodoformée. La malade est transportée au lit, qu'elle doit garder pendant vingt-quatre heures après l'injection. Le lendemain on enlève

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

on fait une injection antiseptique vaginale. Les injections syliquie sont répétées tous les trois ou quatre jours. Ces nt suivies d'une douleur, qui est de courte durée. L'au- observé d'autres phénomènes fâcheux, ni de complica- ie nature.

formol contre les vaginites et les endomé- rrhales ou blennorrhagiques. — Chez cent cin- malades, le Dr von Winckel, professeur d'obstétri- néologie à la Faculté de médecine de Munich, s'est vantage des injections vaginales : un liquide conte- illerée à bouche d'une solution de formol à 10 % par ainsi qu'aux cautérisations du col et de la muqueuse avec la même solution. D'où il conclut que l'aldéhyde un excellent moyen pour combattre les vaginites et les catarrhales et blennorrhagiques.

(*Journ. de méd. de Paris*).

l'assa foetida dans la pratique obstétricale et ique. — WARMAN (*Therapeut. Monats.*, janvier 1895) l'inefficacité des remèdes jusqu'ici recommandés dans tement, démontrant que de petites doses d'opium man- mment leur but, de même que de fortes doses répétées dangereuses, les deux modes d'administration étant de r chez les patientes sujettes à l'avortement. C'est pour- fut porté à employer volontiers l'assa foetida, tel que re- 'abord par les accoucheurs italiens. Ce médicament était it administré sous forme de pilules de 1 1/2 gr. chacune un enema contenant la teinture fut préféré aux pilules graves d'avortement. L'auteur trouva ce médicament . arrêter l'hémorrhagie qui est sujette à recommencer ent. Quoiqu'avec un flot de sang des plus graves a'ar- emière dose parut avoir un effet des plus calmants, et éparation graduelle de l'ovule sans contractions utérines. ' ceci, plusieurs exemples sont cités au long mais le ma- position de l'auteur est insuffisant pour lui permettre de

reconnaître à l'assa foetida des propriétés prophylactiques. Il est indiqué là où il y a eu des avortements successifs. L'auteur a observé en tout 5 cas, et en décrit un des plus obstinés. A ces patientes, on administre les pilules, en commençant avec 2 par jour et en augmentant jusqu'à 10, le nombre en étant subséquemment diminué. Aucun symptôme désagréable n'a été observé, mais, d'un autre côté le travail intestinal était grandement activé, ce à quoi l'auteur attribue en grande partie le succès obtenu dans ces cas qu'il appelle « abortio habitualis ». (*British Medical Journal*, 2 mars 1895.)

58. — Ablation des seins pour galactorhée intarissable. — C. VON TUSSENBROEK (*Nederlandsch. Tydsch. v. Verlosk en Gyn.*, n° 5), pour un cas rebelle contre lequel toutes les médications avaient été inutilement employées, se décida, en présence du dépérissement extrême de la malade et de son amaigrissement rapide, à pratiquer l'ablation complète des deux seins. La malade se rétablit rapidement et son état général redevint excellent. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'une exagération simple de la sécrétion normale, sans lésions appréciables : il reste à décider quelle est, dans le phénomène de la lactation, la part des nerfs sécréteurs et à déterminer le rapport de leur fonctionnement avec les modifications d'ordre général qu'entraîne la gravidité.

59. — De l'emploi de la cocaïne contre la rigidité du col pendant le travail. — FARRAR. — L'auteur a successivement employé les applications de cocaïne dans deux cas de rigidité du col pendant le travail. Dans le premier : primipare relativement âgée, la rigidité entrava la marche du travail pendant quarante-huit heures et le chloroforme n'avait aucun effet. L'accoucheur décida alors de pratiquer une incision sur le col ; il y appliqua d'abord un tampon trempé dans une solution de cocaïne à 10 pour cent, de manière à obtenir un certain degré d'anesthésie locale. Trois minutes après, il enleva le tampon et fut surpris de trouver le col considérablement dilaté. La dilatation continua à se faire rapidement et l'accouchement se termina normalement. Dans le second cas : une primipare de quarante ans ; l'application d'un tampon de cocaïne à 10 pour cent, sur

le col, fit disparaître une rigidité qui depuis trois jours résistait à tous les moyens.— *Annals of Gynecology and Pediatrics*.



60. — Des applications locales de la chaleur à la région lombaire dans le traitement de l'éclampsie. — Goubarew, professeur d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de médecine de Dorpat-Youriew, a pu se convaincre que chez les femmes éclamptiques l'application, sur la région lombaire, d'un grand sac en caoutchouc rempli d'eau chaude exerce une action particulièrement favorable. Sous son influence, la diurèse augmente rapidement, tandis que l'albuminurie diminue, puis il se produit une amélioration de l'état général suivie de guérison. Notre confrère a traité six malades atteintes d'éclampsie par ces applications locales de la chaleur, et aucune n'a succombé. Les autres moyens de traitement employés dans ces cas ont été les injections hypodermiques de morphine, les lavements de chloral, les enveloppements chauds humides, les frictions avec un mélange chaud de sel, de vinaigre et d'alcool. Enfin, le régime lacté et une action régulière de l'intestin par l'emploi quotidien de purgatif. (D'après le *Journ. de Méd. de Paris*).



61. — Dilatation rapide du col pendant la parturition. (*Obs. Soc. of London*, séance du 7 novembre 1894.) — A propos de la communication de M. Farrar (voir plus haut § 59) sur l'utilité des applications locales de cocaïne pour faciliter la dilatation du col, s'est engagée la discussion suivante :

M. Routh fait observer que la cocaïne a déjà été préconisée contre les douleurs de la première période, et les pessaires à la cocaïne et à l'acide borique pour combattre la rigidité du col. M. Routh l'a employée et s'en est bien trouvé.

M. Leith Napier a trouvé l'anesthésie difficile à obtenir dans les cas gynécologiques même avec la solution à 20/100.

M. Horrosks trouve l'injection hypodermique à 5/100 beaucoup plus sûre dans son action que le badigeonnage avec la solution 20/100.

M. Herman (président) remarque qu'il faut savoir distinguer entre la dilatation normale mais lente, et la possibilité de la dilatation arrêtée par une contre action anormale spasmodique du col. Un médica-

ment impuissant dans le premier cas pourrait agir contre le second. Si les résultats obtenus par M. Farrar sont confirmés par une expérience plus étendue, il aura ajouté un remède précieux à nos ressources obstétricales.

(*Rev. de théér. méd. chir.*)



62. — Traitement des métrorrhagies abondantes. —

(REINSTADIER).

Ergotine.....	10 grammes.
Eau distillée.....	70 —
Glycérine.....	10 —
Ac. salicylique.....	0.20 cent.

Une cuillerée à bouche de cette solution est coupée de 3 cuillerées d'eau; le tout est ensuite introduit dans le rectum en couchant la malade sur le ventre.

(*Giorn. di farm. di chim.*)



63. — Crayons pour le traitement du cancer de l'utérus.

— Ces crayons, dont voici la formule, sont préconisés par le docteur Jennings pour le traitement du cancer utérin. Tous les jours, on doit en introduire un dans la cavité du col de l'utérus, et on le maintient en place au moyen d'un tampon de coton que l'on fera bien d'enduire de glycérine.

Bleu de méthylène.....	0 gr. 25
Tannin.....	0 — 25
Opium pulvérisé.....	0 — 05
Huile d'olive.....	15 gouttes.
Beurre de cacao.....	45 grammes.

M. et F. S. A. un crayon médicamenteux.

FORMULAIRE

De la dilatation extemporanée répétée du canal cervical comme traitement consécutif au curettage pour endométrite hémorrhagique.

(JULES CHÉRON.)

Le curettage pour endométrite hémorrhagique est certainement une excellente opération qu'il ne faut pas hésiter à pratiquer toutes les

fois que les lésions de la muqueuse utérine sont telles que la guérison ne puisse être espérée rapide, on fait des cautérisations de la cavité avec le perchlore d'iode, etc.

Il ne faudrait pas croire cependant que, dans un curetage bien fait, bien complet, mette à coup sûr les malades à l'abri d'une récurrence plus ou moins tardive.

On commence à mieux comprendre la nécessité d'un traitement post-opératoire, jusqu'à restauration par le repos et l'on peut dire que le succès définitif dépend du traitement post-opératoire.

Le maintien de l'asepsie locale par les injections et les pansements permanents à la gaze iodoformée est la condition la plus nécessaire. Mais, en outre, on doit s'efforcer de assurer un bon drainage naturel par la dilatation répétée du canal cervical.

Une poupée d'ouate hydrophile imbibée de cocaïne à 1/20 est portée, à l'aide d'un applicateur ou tout autre porte-topique, dans le canal cervical à nu à l'aide du spéculum. On laisse la cocaïne en place quelques minutes, temps suffisant pour obtenir l'anesthésie locale. On prend alors un dilatateur métallique à deux branches, de courbure adaptée, et on l'introduit dans le canal cervical à la place du porte-topique, le dilatateur est laissé en place pendant cinq minutes, on le retire sans le desserrer. Grâce à la cocaïne, il n'y a aucune douleur. On applique le pansement iodoformé imbibé de glycérine et on renouvelle le traitement quatre jours, en même temps qu'on change le pansement.

Dans un grand nombre de cas, nous avons obtenu la guérison après le curetage et nous avons toujours vu les hémorrhagies disparaître définitivement, quel que soit le type de lésions.

Directeur-Général

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3

VUE

CHIRURGICALE

DES

DES FEMMES

GYNÉCOLOGIE

ET PAR UNE HYSTÉROPEXIE.

(1), j'ai essayé de démontrer que l'opération, appliquée au traitement est une mauvaise opération, irrégulière et — les faits le prouvent — sans résultats symptomatiques. Je laissais à l'opérateur obstétrical, les documents publiés suffisants pour juger la question, et, logique de faire des réserves et de ne créer une nouvelle variété de l'opération.

L'opération antérieure est une opération dangereuse, car elle ne tient pas compte de la physiologie, l'utérus est essentiellement une déviation et non à la rétrodéviation adhérente ou fixe, pathologique, alors que les rétroversions fixes, pathologiques, sont à peu près des rétroversions. Par suite, il y a

d'hystéropexie abdominale pour rétroversion faite à la Société médicale de l'Elysée, le 15 avril 1892.

Paris, — JUIN 1895.

lieu de se demander si l'amélioration douteuse que doit donner l'opération vaut la peine d'ouvrir le ventre, de faire une cicatrice plus ou moins longue, d'exposer à une éventration toujours possible, enfin d'obliger la malade au port d'une ceinture à perpétuité.

En fait, dans le cas que j'ai publié dans le travail que je te permets de rappeler en ce moment, la malade souffrait tout autant qu'avant l'hystéropexie (malgré ou plutôt à cause de la solidité de la fixation chirurgicale) ; bien plus, à ses souffrances anciennes s'ajoutait l'infirmité due à une éventration survenue au niveau de la cicatrice.

Dans un mémoire récent (1), le Dr C. Poltowicz compare l'opération de la néphrorrhaphie avec l'hystéropexie et considère que, dans les deux cas, on fait une intervention du même ordre ; dans un cas, c'est le rein flottant ; dans l'autre, c'est l'utérus déplacé qu'on fixe à la paroi abdominale. Il y a cependant, cette différence considérable, qui semble avoir été écongnue par l'auteur, que le rein, à l'état normal, ne doit pas sortir de sa loge, tandis que l'utérus, à l'état normal, doit conserver une assez grande mobilité pour remplir ses fonctions physiologiques.

La néphrorrhaphie fût-elle une bonne opération, cela ne prouverait pas que l'hystéropexie donne de brillants résultats, nous comptons que la néphrorrhaphie est loin d'être la merveille que l'on pense. « Quelques chirurgiens, dit M. Glorieux (2), sont encore portés à croire qu'en fixant un rein plus ou moins mobile, ils guériront la plupart des symptômes dont se plaignent les malades ; ils oublient que ces plaintes sont d'ordre nerveux et relèvent de la neurasthénie et leurs succès, après la

1) C. Poltowicz. Remarques sur quelques cas d'hystéropexie, d'après les observations recueillies à la clinique chirurgicale de Lausanne. (*Revue méd. de la Suisse romande*, janvier et mars 1895.)

2) Glorieux. De la folie post-opératoire. (*Revue des maladies des femmes*, 1895, p. 270.)

ropexie, devraient leur ouvrir les
à toute intervention active. Tous
is connaissons et qu'on a cru pou-
mobile, ont vu leur état s'aggra-
rurgicale. »

it de l'hystéropexie, M. Poltowicz
pération provoque quelquefois des
obstétrical et pense que, chez les
très réservé et n'opérer que lors-
le traitement ont échoué.

Voici, en effet, que les cas de dys-
ropexie abdominale commencent à
que nous connaissons est le sui-
(de Dorpat-Youriew) (1) ; il s'agit
stéropexiée pour rétroflexion qua-
à peu près au terme de la grossesse,
ne opération césarienne pour obte-

a ; utérus très solidement fixé à la
n situé tellement haut qu'il fallut
atteindre le museau de tanche der-
ment du vagin ; présentation trans-
aule gauche, dos en avant (tête à
actions tétaniques de l'utérus sans
its du cœur du fœtus irréguliers.
hement.

es externes échoue. Impossibilité de
col, en raison de sa situation trop
fixent l'utérus dans sa position anor-
en est réduit à faire la laparotomie
tances le permettront.

à une hystéropexie antérieure, ayant né-
semaine médicale, 5 juin 1895.)

« Nous nous décidons donc à faire, rotomie, et on prépare tout pour une éventuelle, ajournant la solution complémentaire de l'intervention même. A dix février, nous menons une incision sur le long de la cicatrice existante; cette incision traverse de doigt au-dessous de l'ombilic vers de doigt au-dessus de la symphyse pubert au niveau du bord droit de la cicatrice utéro-pariétales sont tellement solides qu'on ne peut les séparer avec les doigts. Tout le long de la ligne médiane une adhérence ferme l'utérus à la surface antérieure de l'utérus, ont de doigt.

« L'extrémité supérieure forme une saillie du petit doigt, qui passe sur le fond, est fixe sur le bord postérieur du fond, est une lésion constatée à l'examen. La section avec les ciseaux montre, dans son épaisseur, des veines, qu'il faut pincer. L'utérus est dans sa position normale et on constate que le col, dont l'orifice externe ne donne que la dernière phalange du doigt explorateur, est au-dessus du rétrécissement vaginal et au-dessus de la face de la paroi antérieure de l'utérus, une bande d'un travers de doigt de largeur. On a vu un lieu à une hémorrhagie qu'on ne parvient à arrêter que par compression avec de la gaze iodoforme. On a pratiqué l'opération césarienne. Ayant fait sauter la plaie de la paroi au-dessus de la saillie, on a fait sortir l'utérus de la cavité abdominale. Les assistants qui ont assisté à l'opération ont pu voir qu'on apercevait près des annexes uté-

aines du calibre d'un crayon or-
utérine a lieu sur la face anté-
e la cicatrice. En haut, vers le
est dirigée vers le côté gauche
s souffles nous ont semblé plus
qui nous avait fait penser que
côté ; cela fut d'ailleurs confir-
oir pénétré dans la cavité de
ises du cordon, présentant une
anses d'intestin grêle remplies
ar une de ses extrémités infé-
t. On coupe le cordon, dont le
et on met une pince forcipres-

ent d'asphyxie, mais il est bien-
velez ses cris qui retentissaient
suture de la plaie utérine. Le
t facilement dégagés. La cavité
e et essuyée. L'hémorragie n'a
ilement enrayée par les doigts
col utérin. L'application d'une
, et je regrette de l'avoir placée
r la lier en cas d'urgence), parce
de l'aide chargé de comprimer
. Nous avons pu nous convain-
fisent pour assurer l'hémostase.
clochies, j'ai essayé d'introduire
doigts dans le canal cervical en
té utérine, ce à quoi je suis par-
ie utérine a été réunie par des
superficielles, ces dernières pla-
pelletier... Après avoir fermé
duit par le vagin les dilatateurs

ies de L. Tait, dont je me sers toujours pour faire la
ion rapide du col, et après m'être rendu compte que mon
passait facilement dans le canal cervical, j'ai lavé avec
olution de lysol la cavité utérine à l'aide d'une sonde de
. Pour assurer une bonne contraction de l'utérus (bien
ût fortement rétracté, grâce au massage de ses parois et
injection de cornutine Kober), j'introduisis dans la ca-
térine une bande iodoformée. L'opération dura trente-
minutes. La femme fut transportée dans un lit chaud ;
ça sur l'abdomen de la glace qu'on enleva le soir même ;
nme, on appliqua le traitement ordinaire des laparoto-
s. L'enfant est une fille bien conformée. Ses dimensions
poids montrent qu'elle est née huit à dix jours avant
, par conséquent, comme nous l'avions pensé, vers le
du dixième mois lunaire. Elle prend bien le sein et a
vivace. La circonférence de la tête est de 34 centimètres. »

uteur pense que, pour éviter de semblables accidents, il
ien prendre garde à ne pas faire de suture séro-fibreuse
ro-musculaire dans l'hystéropexie et qu'en outre il ne faut
lire passer les sutures à travers le fond de l'utérus, mais
plutôt les placer au-dessous et non au-dessus des inser-
des ligaments ronds. Mais n'y a-t-il pas à craindre, si on
e conseil, de fixer l'utérus trop haut, comme cela était déjà
nu dans ce cas et dans bien d'autres ? Quoi qu'il en soit,
it que l'hystéropexie abdominale peut entraîner des dys-
graves ; il faut donc être très réservé dans l'emploi de
opération chez les femmes encore jeunes, susceptibles de
ir enceintes, et cette réserve sera d'autant plus sage que
téropexie abdominale est loin d'être l'opération idéale,
u'elle ne corrige la rétro-déviatiou qu'en lui substituant
situation antiphysiologique.

JULES BATAUD.

ORGANES GÉNITAUX

NT ET LA FAUSSE-COUCHE

obes ; lever précoce et travail
ylactiques hygiéniques et sociales.

ps et à maintes reprises attiré l'at-
dérable d'avoir des suites de cou-
urtout par l'un ou l'autre accident
sse à la suite une lésion chronique
des tissus voisins, avec ses con-
ives pour la santé de la femme.
t bien des fois, importe autant que

ière que la plupart des femmes
: en font remonter le début à un
couche.

qui empoisonnent l'existence de
c'être recherchée dans les circons-
s de couches, spécialement dans
s accoucheurs et accoucheuses.
plume, les manœuvres intempes-
et pour *paraître* devant le public,
tation du col, la rupture préma-
on exagérée de l'utérus, l'applica-
contusions et les déchirures du
: frictions *désordonnées* du globe
uchement, la délivrance incom-
u de débris placentaires et mem-
insuffisance des précautions de

lé : *De l'involution utérine* (Flan-
p. 705), M. le D^r Keiffer (de
nière ligne parmi les causes des
ne incomplète. C'est elle qui pré-
vers contagés microbiens.
tte manière de voir qui est, pen-

sons-nous, celle de la plupart des gynécologues qui résulte des connaissances bactériologistes.

Mais d'où résulte cette subinvolution ? Nous en dirons plus haut, elle résulte des circonstances du travail de couches.

Dans son étude, M. Keiffer attribue la subinvolution à trois causes suivantes : 1° injections antiseptiques médicamenteuses ; 2° ceinture abdominale ; 3° mouvement et station debout prématurée. Il insiste longuement sur la 3° cause et ne fait guère que signaler les deux autres. Nous ne dirons aussi que peu de mots.

1° Les microbes, retrouvés comme éléments pathogènes phlegmasies génitales, peuvent exister à l'état latent, n'entrent en jeu que lors d'une perturbation anatomique du terrain où ils se trouvent habituellement. Il en est de même dans les voies digestives et artérielles.

Cette notion est récente : au début des idées sur les microbes étaient tout et le terrain était oublié, maintenant les microbes sont relégués au second plan et le terrain a repris la première place.

Tout le monde peut donc admettre à l'heure présente que si l'on a fait une antisepsie soignée des voies génitales, si la sortie du fœtus, et si la délivrance est complète, on n'a pas besoin de verser chaque jour des solutions antiseptiques sur un terrain qui ne demande qu'à se rétablir naturellement.

Cependant nous croyons pouvoir rassurer l'expérience donnée par quelques milliers de cas, que l'apparement exagération de solutions antiseptiques que cela n'empêche pas les tissus de se réparer rapidement. Le contraire semble même plus exact. Les lésions malheureuses des tissus ne viennent pas de là, nous avons énuméré précédemment.

2° Relativement à la seconde cause, M. Keiffer en dit quelques mots : « La ceinture, prétendument appliquée sur l'utérus délivré, ne sert en réalité, lorsqu'elle est appliquée immédiatement après le part (1), qu'à abaisser l'organe ».

(1) C'est par abus que le mot *part* est employé étymologiquement synonyme d'accouchement ; en français, il signifie seuil.

organes voisins : vessie, intestins,

age habituellement appliqué pour
ales qui, par suite d'une longue et
u moins momentanément leur toni-
peut ni abaisser l'utérus, ni écraser

pos que ce bandage empêche la li-
lérus et contribue ainsi à produire
vorable à l'éclosion d'une inflamma-
oin, il déclare que les mouvements
entravent sa régression : ces deux
ires.

ce principe : « Il faut au moins trois
ditions normales, l'utérus ait repris
e est très élevé ; on admet généra-
s les conditions normales, 4 à 5 se-
llaite ou n'allait pas. Les autopsies
mment à la démonstration. Mais on
e tout écoulement lochial, le retour
l'absence de trouble quelconque,
ême dans certains cas, sont autant
reur de la *restitutio ad integrum* de
rès l'accouchement.

.entrave le retrait de l'organe, en de-
ontages virulents, « ce sont les mou-
matrice, soit par la multiplicité des
hée sur son lit, soit par des soins
mobilité qu'elle doit observer long-
, soit encore par la station debout
(1) ».

e point, et divise les femmes en deux
nt restées au lit 9 jours environ ou
s de repos consacré par l'expérience

vent après trois jours, deux jours,
ichement, il est évident que la subin-
urément, puisque ce dernier mot signifie

MÉMOIRES ORIGINAUX.

l'utérine avec son cortège d'hémorragies, de déviations, d'inflammatoires sera la règle. »

Il ajoute immédiatement M. Keiffer, pour celles qui, au lieu du repos traditionnel de neuf jours, il en est *très frêle de même*. Et l'auteur entreprend ensuite la démonstration de cette thèse, qui mérite au plus haut degré sans aucun doute d'attirer l'attention des praticiens.

Mais cependant qu'à notre avis, il ne faut pas exagérer et que les excès risquent beaucoup de ne pas atteindre leur but, car la vérité est souvent dans les justes milieux et à notre sens c'est le cas ici.

Pourrait-on sérieusement prétendre que la plupart des femmes se levant avant le 9^e jour sont atteintes de subinvolution de l'utérus avec son cortège d'hémorragies, de déviations et d'inflammatoires ? Est-ce la règle ? — Nous ne le pen-

sons pas. Il reste une importante distinction à établir parmi les femmes qui se lèvent avant le 9^e jour. Il en est qui quittent le lit au bout de deux heures, pour s'étendre sur une chaise longue ou dans un fauteuil, puis augmentent peu à peu, font quelques pas dans la chambre, s'occupent de menus soins n'exigeant ni efforts, ni marche, ni fatigue. C'est la méthode qui a été désignée sous le nom de *lever précoce*.

Le lever précoce a fait l'objet de discussions et de recherches multiples, dont nous avons rendu compte dans le *Journal de Gynécologie* il y a plus de quinze ans déjà (voir années 1866, 1867, 1868, 1869, 1870, 1871, 1872, 1873, 1874, 1875, 1876, 1877, 1878, 1879, 1880, 1881, pp. 36, 43, 55). Nous rappellerons les mensurations nombreuses de M. Solovieff « d'où il résulte, en général, lorsque l'accouchée garde le lit pendant l'expiration de ce terme, l'utérus a diminué de 83 millimètres chez les femmes qui se lèvent plus tôt la diminution est de 87 millimètres ». Donc le lever précoce n'entrave pas la puerpérale, mais semble au contraire la favoriser. D'après les observations de Goodel et de Solovieff, à la suite du lever précoce, on ne constate pas les hémorragies, les écoulements prolongés, les douleurs, les déviations, les inflammations, dont parlent les auteurs. En revanche, les fonctions s'accomplissent mieux, la vessie et les intestins jouent régulièrement leur rôle, l'appétit et la digestion ne

blissement est plus rapide et plus

essayé le système chez plusieurs
la société et nous avons constaté

ager facile à prévoir : ce sont les
ellement bien qu'elles commettent
aucoup trop vite reprendre leurs
e rentre plus dans la méthode.

: il y a l'habitude, et lutter contre
t pour le praticien ; si l'on permet
à celles-là seulement) de se lever
nt quelque incident désagréable ou
lles qui restent immobiles dans
as d'accuser le médecin d'impru-
resse.

ous ne faisons point de disserta-
l qui est un simple acte physiolo-
des peuplades primitives et non
sation.

presque à contre cœur, nous de-
l'occasion depuis 27 ans de pra-
Maternité, de voir et de suivre
par suite des tristes conditions de
le se livrer, après quelques jours,
bles et fatigants ; eh bien, heu-
ont échappé aux conséquences
ent. Sans doute, nous avons ob-
u tardifs, devant, selon toute vrai-
reprise hâtive des occupations
ons dire que c'est la règle.

is occuper des femmes qui sont
aditionnels.

qu'il y a de grandes différences,
esse, le travail, les suites de cou-
considérables existent chez la
s gestations.

cette constatation, que la régres-
les circonstances, des différences

sensibles et dans certains cas énormes ; c'est ainsi que dans notre *Cours d'Accouchements* (deuxième édition, t. I, p. 398), nous disons : « La durée *moyenne* est de 4 semaines chez la femme qui allaite de 3 semaines chez celle qui ne nourrit pas ; mais elle peut être plus courte ou plus longue, *varier de 15 jours à plusieurs mois*. » Plus loin, nous ajoutons : « elle va plus vite après les accouchements à terme qu'avant terme, quand le travail a été régulier, facile, chez les multipares » ; et encore : « La subinvolution se montre dans les cas de métrite, de septicémie, de déchirure du col, à la suite d'accouchements laborieux, prolongés, et souvent lorsque les suites de couches sont normales, compliquées de l'un ou l'autre accident. »

M. Keiffer a examiné par le toucher bimanuel une centaine de femmes, accouchées à terme ou près du terme, qui ne s'étaient pas levées avant le 10^e jour, n'avaient pas fait d'imprudence particulière et avaient eu des couches normales : il trouva 3 à 4 fois sur 10 la matrice remontant à plusieurs travers de doigt au-dessus des pubis ; ces femmes ne tardaient pas à éprouver les douleurs et les divers symptômes qui accompagnent l'involution utérine incomplète. Chez d'autres femmes, la régression était plus accusée dès le 7^e jour ; chez certaines, au contraire, le 1^{er} jour l'utérus était mou et volumineux, comme chez d'autres le 3^e jour, les lochies étaient encore nettement sanguines, « malgré le repos complet au lit dans le décubitus dorsal, bien que toutes les conditions hygiéniques eussent été scrupuleusement suivies ».

A quoi tiennent ces différences alors que tout s'est passé normalement, qu'il n'y a eu ni fièvre, ni hémorrhagie, ni opération ? — M. Keiffer les fait dépendre « de la valeur organique des tissus de la femme en général et de l'appareil génital en particulier ».

Il a trouvé une prompte réparation de la filière pelvienne chez les femmes habituées aux exercices physiques, bien charpentées, une lenteur manifeste chez celles qui sont grasses, bilioso-sanguines ou lymphatiques, évitant la marche et le moindre mouvement, des variations brusques de contraction et de relâchement de la matrice chez les anémiques maigres, aux muqueuses flasques et pâles, généralement très nerveuses.

Lorsque ces femmes rentrent trop vite dans la vie commune, dit-il, on observe des hémorrhagies, des congestions qui tendent

à la chronicité, un suintement sanguinolent prolongé, de l'endométrite, des adhérences, des déplacements divers, des annexites. C'est que, pense-t-il, la subinvolution utérine est la cause la plus importante qui favorise le développement microbien et la perte de l'équilibre statique du bassin.

La conséquence de cette manière de voir est facile à tirer : il faut : 1° éloigner les microbes par l'antisepsie préventive et 2° *favoriser le retrait de la matrice par un repos au lit suffisamment prolongé*. Nulle discussion n'est possible sur le premier point, mais le doute est permis sur le second.

Le repos au lit favorise-t-il le retrait de la matrice ? Cela n'est nullement certain et M. Keiffer ne l'a pas démontré du tout. Dans la centaine de femmes examinées par lui, le repos de neuf jours ne paraît pas avoir été bien efficace chez celles qui l'ont observé.

Nous sommes d'accord avec M. Keiffer lorsqu'il dit que les soins doivent être plus ou moins prolongés selon les femmes, qu'un usage ou une mode ne doit pas régler systématiquement la reprise du travail dès que le soleil s'est couché pour la 9^e fois après la délivrance. Il est évidemment absurde et dangereux de s'imaginer, comme certaines femmes, que la matrice *se remet en place* le 9^e jour ; il y en a même qui se lèvent et travaillent dès les 1^{ers} jours et se remettent religieusement au lit le 9^e ! Beaucoup restent au lit 9 jours, mais dès le 10^e s'imaginent qu'elles peuvent reprendre toutes leurs occupations.

Il ne s'agit nullement de toutes ces erreurs si préjudiciables à la santé des accouchées ; que la femme se lève pour la première fois le 10^e jour ou le 4^e ou le 20^e, elle ne peut que s'essayer en quelque sorte, débiter prudemment par une ou deux heures, ne pas marcher au début, puis augmenter progressivement les jours qui suivent.

Il n'est pas possible, en revanche, de croire que l'immobilité complète au lit soit utile au retrait de la matrice ; une pareille mesure, dans les conditions normales, ne semble pas justifiée par la physiologie, ni par la pratique ; elle aurait pour résultat l'alanguissement de toutes les fonctions organiques : respiration, digestion, sécrétion, circulation ; elle favoriserait la rétention des lochies, qu'il faut, au contraire, aider à sortir par le

drainage naturel (relèvement de la poitrine, décubitus latéral, mouvements du tronc).

On doit dire que les injections *post partum* sont utiles pour enlever les vidanges et stimuler les organes génitaux, donc accélérer la régression. Nous les avons supprimées depuis 15 mois, dans les cas normaux. Mais si nous constatons une involution retardée de l'utérus, nous prescrivons des injections vaginales à 45° et le seigle ergoté.

Souvent aussi dans ces cas de subinvolution avec persistance de lochies sanguinolentes vers le 7^e ou le 8^e jour, tout le reste étant normal, nous avons permis aux accouchées de se lever, de faire quelques pas dans la chambre, de s'asseoir dans un fauteuil pendant une couple d'heure, matin et après-dîner : ces mouvements modérés et prudents ont presque toujours hâté le retrait de la matrice et les suites éloignées n'ont pas démenti le 1^{er} effet utile.

On voit combien cela est contraire aux idées défendues par M. Keiffer.

Nous ne savons pas comment ont été soignées la centaine de femmes examinées par notre confrère et nous admettons qu'il ne s'est pas trompé dans cette énorme proportion de 3 à 4 pour 10 de matrices remontant le 10^e jour à plusieurs travers de doigt au-dessus des pubis. Nous lui dirons seulement que dans notre service de la Maternité, avec le système suivi, il n'y en a pas 1 sur 10 présentant cette anomalie.

Quant aux conclusions de M. Keiffer, relatives à la *reprise des occupations ordinaires*, nous les acceptons d'autant plus volontiers que nous les avons déjà formulées ici en termes analogues. Au surplus, les voici *in extenso* :

Dans ce siècle de lutte à outrance, de rapacité féroce, il ne faut pas permettre que les milliers de femmes qui travaillent dans les usines, les ateliers, les fabriques, se sentent dans l'obligation, matérielle, de reprendre le travail quelques jours à peine après leur accouchement.

Il faut forcer les chefs d'industrie à protéger cette partie-là de l'existence de la femme ; il faut les mettre dans l'obligation, par des lois et des pénalités, de respecter la période de la génération jusqu'au complet rétablissement de la mère et jusqu'à ce que les conditions de nutrition, d'existence de l'enfant soient assurées.

travail des femmes dans les diverses industries exercer son utilité que pendant

les ouvrières contre les accidents, reconnaître comme tels l'accouchement

être accordée à toute ouvrière pendant

une réglementation utile, équitable de part et d'autre, déterminer, d'après une base scientifique.

elle doit varier avec le genre d'industrie, et il paraît logique de les classer en trois catégories :

1. Le métier est rude et consiste à porter des fardeaux, à battre des céréales, etc. Ces occupations n'exigent pas une dépense excessive, au moins la station debout continue. Bûcherons, sucreries, servantes, chape-

2. Le métier n'exige pas de grandes dépenses de position assise : tailleuses, modistes, brodeuses, brodeuses.

3. Les premières pendant six semaines, les secondes pendant trois semaines. Elles devraient un minimum de repos, pendant lequel le médecin ne serait autorisé à ordonner la

4. En cas d'accouchement pathologique, il faudrait un certificat médical autorisant le travail.

5. Le plus catégorique et nous réclamons pour les accouchées, quelle que soit leur position, pour les cigarières, les brodeuses, les tailleuses, etc., que pour les autres.

6. Le repos de la femme et celui de l'enfant l'exige de la même manière.

N. CHARLES.

TECHNIQUE THÉRAPEUTIQUE

(6^e article, voir les cinq numéros précédents)

Injections interstitielles du col de l'utérus

Par le D^r Jules CHÉRON, médecin de Saint-Étienne
et le D^r Jules BARUAUD, ancien interne de Saint-Étienne.

Sommaire. — Indications des injections interstitielles du col de l'utérus dans certains cas d'ectropion du col, dans certaines leucites, dans le cancer inopérable.

Contre-indications dans le cancer opérable, dans les tumeurs bénignes, dans les lésions des annexes.

Utilité du séjour au lit le jour de l'injection.

Substances employées en injections interstitielles : iodure de potassium, glycérine créosotée, acide picrique, teinture de camphre, alcool, solution alcoolique d'acide salicylique, acide phénique, pyocyanine. Choix à faire parmi ces divers médicaments. L'acide picrique pour les ectropions et les hypertrophies du col, l'alcool pour le cancer répondent aux principales indications. La préférence.

Appareil instrumental : Seringue de Braun munie d'une aiguille à spéculum à crémaillère.

Technique : Injection vaginale ; nettoyage du col ; anesthésie locale, s'il y a lieu ; injection parenchymateuse : quantité de liquide à injecter en chaque point, profondeur à laquelle on doit faire pénétrer l'aiguille. Nombre des séances.

Interprétation du mode d'action des injections interstitielles du col de l'utérus pour les injections d'alcool.

Résultats obtenus dans les ectropions et les hypertrophies du col.

Résultats obtenus dans le cancer : diminution des hémorragies, arrêt des écoulements fétides ; arrêt dans la marche du cancer.

Un mot sur les tentatives tout à fait récentes d'injection de suc cancéreux ou de suc érysipélateux. Nécessité de recueillir plus de faits plus nombreux et plus concluants. Contre-indication à l'emploi du suc érysipélateux pour le cancer.

Préconisées, il y a une vingtaine d'années, comme traitement médical des tumeurs fibreuses hémoragiques, abandonnées à peu près complètement, les injections interstitielles ou intra-parenchymateuses du col de l'utérus sont maintenant recommandées dans ces dernières années. En effet, un moyen thérapeutique utile à employer dans des cas bien déterminés.

terstitielles du col sont, à notre

de moyen volume, trop anciens
vies d'applications caustiques
lineux d'autre part, et n'entraî-
x pour que leur ablation, par
ute autre opération, soit jugée
que si l'endocervicite, qui ac-
, se compliquait d'une endomé-
ter le curettage, il y aurait lieu
l'ablation des ectropions et le
ns journellement, sans s'attar-
tropions.

u col, consécutives à la métrite
s ectropions modifiés et mécon-
ses au traitement par les injec-
trophie est assez peu accentuée
soit pas indispensable.

est l'indication la plus impor-
ymateuses; aussi, comme nous
cette affection qu'on a le plus
eutique dont nous parlons, en
e zinc, l'acide phénique, l'acide
l, etc. D'après nos observations
de l'épithélioma du col serait
intraparenchymateuses, et c'est
ons sont les plus faciles à em-
e les auteurs les ont également
et certains faits récemment pu-
, rendre des services précieux,

re que tout cancer encore opéra-
et non par les injections inters-
le l'utérus ne sont pas justicia-
intra-parenchymateuses et c'est
nées dans ce cas. Enfin, l'exis-
accentuées des annexes est une

contre-indication temporaire à l'emploi
lique.

Il est plus prudent de ne faire les injections
chez les malades qui peuvent garder le
core le repos au lit le jour même de cette

Les substances employées en injections
du col sont relativement nombreuses
tages et les inconvénients de chacune
duits à n'en conserver que deux qui ren
indications avec le minimum de danger
les ectropions et les hypertrophies du co
lioma inopérable.

L'ergotine (solution aqueuse à 1/2) a été
1877, dans le traitement des tumeurs
sont douloureuses et provoquent souvent
misements, sans donner des résultats
obtient par les injections hypodermiques
mêmes cas ; elles sont donc à abandonner
que pour mémoire.

L'extrait aqueux d'ergot de seigle et la
expérimentées par MUNDÉ (de New-York)
douloureux, dans certains cas, et la crainte
complications inflammatoires péri-utérines
leur à cesser bientôt une médication dor
étaient pas très évidents.

J. M. BENNETT (de Liverpool) a employé
ricale chronique, une solution composée
et 1 gramme de *bromure de potassium*, de
l'iode et de 8 grammes d'eau ou de glycérine
ité favorables ; nous ne croyons pas qu'il y ait
supérieurs à ceux que donne l'acide picrique
ment plus analgésique que la solution iodée.

M. TOUVENAIN a étudié, il y a quelques
es injections interstitielles de *glycérine*
e traitement des ectropions du col ; il a fait
es injections, les ectropions de moyen volume

(1) MUNDÉ. *Petite Chirurgie gynécologique*, trad.
p. 344.

l'administration est douloureuse, les malades ne supportent pas le créosote qui leur vient presque aussitôt produit quelquefois des syncopes qui empêchent l'emploi de ce médicament.

L'acide picrique à 10/0, préconisée par nous, ne produit ni douleurs, ni nausées, ni goût désagréable, elle n'est suivie d'aucune réaction. Aseptique et analgésique, elle nous sert à injecter dans les ectropions et dans les cancers du col.

L'huile de *thuya occidentalis*, utilisée dès 1883, par nous, pour le traitement de l'épithélioma inopérable du col, a été employée dans la forme végétante; on crut d'abord à l'efficacité du *thuya occidentalis*; mais nous avons constaté que les injections d'alcool, expérimentées avec les mêmes effets identiques à celles de la teinture, n'y a aucune raison pour conserver ce médicament qui nous occupe, bien entendu.

Les solutions alcooliques de 3 % préconisées par BERNARD (de Mulhouse) dans ses observations publiées jusqu'à ce jour, ne nous ont pas paru soit différente de celles des injections de créosote, soit, par conséquent, d'accorder la

même dose à 20 % doit être abandonné, parce qu'il provoque des hémorrhagies profuses au moment où il agit.

La solution plus ou moins concentrée a été employée et a fait suffisamment ses preuves.

La solution aqueuse à 1 p. 300 a donné de bons résultats à LACHMAIER (de Vienne) (1), mais ce médicament n'a été employé en gynécologie et nous avons constaté qu'il n'a pas attribuer une action spécifique que ses effets sont inconstants en chirurgie générale.

Les solutions d'alcool pur, selon la méthode de LACHMAIER (2), ou de celles préconisées par VULLIET (de Genève) (3), nous

(1) *Revue des maladies des femmes*, février 1893, p. 116.

(2) *Revue des maladies des femmes*, août 1892, p. 507.

(3) *Gynécologie*, octobre 1894.

semblent devoir être préférées pour le traitement opérable, de même que les injections d'acide aqueuse saturée sont, à notre avis, les injections pour le traitement des ectropions et des hypertrophies du col.

L'appareil instrumental est très simple : on utilise des injections intra-utérines (la seringue de Braun munie d'une aiguille suffisamment longue, remplie de la solution à injecter) pour appliquer le mode de traitement dont nous avons parlé. On choisit un spéculum à crémaillère et à valves inégales du col de choix pour cette petite opération, pour couvrir très largement le col, sans difficulté de cancer, et il ne nécessite pas l'assistance d'un aide. On exige l'emploi des valves séparées de Sims et non des valves analogues. A ces deux instruments il faut ajouter les injections vaginales et les appareils de pansage décrits dans nos précédents chapitres.

Technique. — Après avoir fait une injection intra-utérine (voir le n° de mars 1895), on met le spéculum à découvert à l'aide du spéculum à crémaillère, puis on nettoie le col avec de l'ouate stérilisée (numéro précédent); on produit l'anesthésie locale avec un tampon de cocaïne laissé au contact du muqueux pendant cinq minutes et tout est prêt pour faire l'injection.

Nous avons déjà expliqué les raisons pour lesquelles le choix de la solution aqueuse de l'acide picrique (1 %), pour les ectropions et l'hypertrophie du col, et l'alcool pur pour le cancer inopérable.

La seringue de Braun est remplie de la solution à injecter et son aiguille convenablement flambée à la flamme.

La quantité de liquide à injecter dans chaque point est de cinq à dix gouttes, c'est-à-dire le contenu de la seringue.

La quantité de liquide à injecter en chaque point est de cinq à dix gouttes suivant la résistance que l'on rencontre à la pénétration du liquide.

L'aiguille doit être enfoncée jusqu'au contact du parenchyme dans les ectropions et l'hypertrophie du col (c'est-à-dire qu'elle

as d'épithélioma, on pénètre
 ite la partie ramollie pour
 r.

ivie d'une petite perte de
 nguin soit arrêté avant de
 is le liquide injecté, il faut
 r retirer l'aiguille, pour que
 mps qu'on retire l'aiguille.

chaque séance ; dans les
 qu'on veut modifier ; dans
 affaire à une hypertrophie
 r des néoplasmes, en cas
 s du centre à la périphérie,
 les unes des autres.

ampon de gaze iodoformée
 t de choix dans les ectro-
 ; dans l'épithélioma, nous
 iodoformée un peu serrée
 gie secondaire et nous con-
 e en solution aqueuse con-
 rant de bourrer le fond du

le jour de l'injection intra-

à cinq jours.

is du col est multiple et ce
 e que de les envisager seu-
 Sans doute l'acide picrique,
 r avec lequel on les met en
 rent une vaso-constriction
 , (vaso-constriction rendue
 du col), et ils dessèchent et
 ans lesquels ils sont injec-
 ; acceptée, pensons-nous,
 eux substances, pour faire

l'action de l'alcool injecté

MÉMO

es tissus cancéreux,
e à ce sujet :

lcool introduit locale
e, les durcit et les
des modifications pa
s qui surviennent
e dans l'alcool.

ns le tissu vivant soi
sont de courte duré
is si l'injection est r
ira par y déterminer
lont la cirrhose alco
nnu, c'est-à-dire une
e du tissu conjonctif,
ments propres du pa
la étant admis, on ad
dans un néoplasme c
mment rapprochées
on centre et autour d
tte cirrhose aura pou
reineux et lymphatic
sé, de diminuer par
ciers, aussi bien dan

à cette diminution de
e la production abor
tout temps considéré
l'envahissement du
bien que possible les
chymateuses d'alcool

qu'il en soit, les résu
ageants : Les ectrop
it après une dizaine c
la métrite cervicale c
éduction de volume
est surtout dans le c
parenchymateuses
de traitement palliat

leur entourage, diminuent notablement la fétidité dès les premières séances ; les écoulements diminuent dans les mêmes proportions et leur odeur disparaît ; il faut un temps d'arrêt plus ou moins long. Malheureusement le cancer s'étend dans la profondeur et il n'y a pas de guérison ; mais n'est-ce pas déjà beaucoup mieux que les plus pénibles ?

Encore actuellement de faits d'injections cancéreuses dans l'épithélioma du col utérin ont été créés par MM. RICHET et HÉROLD ; être discutée ici ; nous nous bornons au point de vue de la spécificité de ces observations plus nombreuses ont été publiées. Quant aux injections de sérum, préconisées par FEHLER, et, plus récemment encore, par RICHET, on ne saurait les appliquer sans les plus grandes précautions et en ayant soin d'atténuer, en raison du voi-

si, les injections intra-parenchymateuses d'alcool nous paraissent donc indiquées et donner tous les résultats de ce moyen thérapeutique.

(A suivre).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE.

Vendredi soir 19 avril 1895.

Scarlatine et albuminurie de la
d'une jeune femme qui avait eu
laquelle de l'albumine avait paru

dans les urines. Grossesse, pas d'albumine. Elle entre en travail. Accouchement au forceps. Hémorrhagie avant la délivrance. Délivrance artificielle. Antisepsie rigoureuse. Au cinquième jour, élévation de température. Curettage. La température redevient normale pendant 10 jours. Le rein droit devient alors douloureux : albumine, fièvre, urémie. Rapidement apparaissent la diarrhée, des vomissements, du délire, attaques d'éclampsie, mort en peu de temps. C'est à la suite de ce cas que M. Gaulard résolut d'étudier les rapports de la scarlatine et de l'état puerpéral. Consulté par une jeune femme enceinte qui avait fait d'abord un avortement à cinq mois, puis avait accouché d'un enfant vivant à sept mois, accouchement suivi d'hémorrhagie avant la délivrance, il lui demanda si elle avait eu la scarlatine. Elle l'avait eue en effet, vers l'âge de 9 ou 10 ans, mais tout à fait ordinaire, sans aucune complication, disait-elle. M. Gaulard fit analyser ses urines ; elles contenaient 0,25 centigrammes d'albumine par litre. Malgré le régime lacté exclusif, la quantité d'albumine resta la même à peu de chose près. Arrivée à terme, cette femme accoucha heureusement, mais, un mois après, les urines contenaient 40 à 50 centigrammes d'albumine et quelques cylindres ; on retrouvait tous les signes du brightisme. Cette femme a guéri. N'est-il pas admissible, pense M. Gaulard, de supposer qu'à la suite de la scarlatine des lésions du rein ont persisté, mais sont restées inaperçues jusqu'au jour où une grossesse a dévoilé leur présence qui s'est manifestée par un avortement, par un accouchement prématuré, par une hémorrhagie ? Mais que serait-il arrivé si cette femme n'avait pas été soignée pendant sa troisième grossesse ? Peut-être aurait-elle succombé comme celle de la première observation. M. Gaulard pourrait rapporter d'autres observations. Ce qui frappe dans ces cas, c'est l'apparition précoce des phénomènes d'urémie. Il faut donc bien se rappeler qu'une attaque de scarlatine, même sans conséquences apparentes, met le rein dans un état de *minoris resistentiæ*. Une grossesse survenant dans ces conditions donne un coup de fouet à ces néphrites chroniques post-scarlatineuses. Brault, Siredey, etc., en ont publié des observations, il ne faut donc pas traiter légèrement les douleurs lombaires, mais surveiller les reins des femmes grosses qui ont eu la scarlatine.

M. BAR rappelle que depuis longtemps les médecins ont parlé

scarlatine, les accoucheurs ont aussi joint. Dans le livre de MM. Tarnier et ; les conséquences de cette maladie chez Bar a vu des femmes qui avaient eu la gr. d'albumine pendant leur grossesse. ré 4 fois une femme qui à 18 ans avait nigne et la mieux soignée qu'il soit pos- umine ne survint, lorsqu'à 20 ans cette et accoucha d'un enfant macéré. Les centigr. d'albumine et cette quantité per- nde grossesse. Accouchement préma- vant. Troisième grossesse, l'albumine ne mois, irrégularité des battements du . Depuis 10 ans, cette femme n'a pas gr. d'albumine ; le régime lacté n'y a rien ande-t-il si on doit astreindre les mala- s de l'état puerpéral.

quer que dans deux de ses observations . pas été établi pendant la grossesse, une autre a failli mourir. La troisième femme, gnée n'est pas morte et a eu un enfant

fait à rapprocher. Il s'agit d'une jeune isie après son premier accouchement. e régime lacté longtemps prolongé, l'al- ite dose. L'année suivante elle a été ; à son retour il y avait comme avant dans les urines. Deuxième grossesse ; 1,25 à 0,30 centigr. d'albumine. Accou- nfant qui a vécu deux ans. Troisième 3 ou 4 mois ; cette femme est toujours bien, grâce au lait.

nger, c'est que cette affection passe le Les malades se portent très bien à les et des accidents surviennent non seule- se, mais pendant les suites de couches. ger que M. Gaulard a voulu signaler.

tes expérimentales d'anatomie pa-

Biologie sur les causes de la mort éclampsie. — Au nom de M. Chambrelent (c) voir montré la mortalité considérable du nouveau-né lorsque la mère a été atteinte durant la grossesse ou au moment de l'accouchement, qui s'élève à près de 50 % d'après les divers auteurs. Pour relever, l'auteur se demande si les lésions signalées suffisent à expliquer cette énorme affection maternelle ne pourrait-elle pas altérer les fonctions de l'organisme fœtal et en résulter. Dans une première série de recherches, l'auteur a montré que de même que pour la mère, la mortalité du fœtus était manifestement augmentée lorsque la mère ayant présenté des accidents d'éclampsie. Dans un cas même, le sang du fœtus était plus toxique que le sang de la mère et il a pu extraire du sérum pour amener la mort rapide. Les éléments toxiques paraissent exister dans le sang. Il était naturel de rechercher si les lésions trouvées dans les organes, particulièrement dans les reins des femmes éclamptiques, ne se retrouvaient chez l'enfant. Avec la collaboration du Dr Cassa, l'auteur a eu occasion d'examiner au point de vue des lésions des organes de quatre fœtus nés de mères éclamptiques. Dans ces quatre cas, ces auteurs ont constaté des lésions dans les reins, se rapprochant de celles trouvées dans l'éclampsie maternelle par MM. Pilliez et Laisant. La description complète de ces lésions sera l'objet d'un mémoire plus complet, que MM. Chambrelent et Cassa publieront prochainement.

M. FAVRE (de La Chaux-de-Fonds, Suisse) sur les causes de l'éclampsie. — Dans une étude sur les causes de l'éclampsie chez les femmes mortes d'éclampsie, il a constaté que le rein était souvent obstrué ou comprimé. Ce serait la cause de l'éclampsie. Mais de plus, M. Favre fait jouer un rôle important aux microbes, surtout à ceux qu'il a trouvés dans le sang et dont il n'a pas donné la physiologie. L. Bar.

— **Sur une forme anormale de**
 - Observation d'une femme qui a eu
 y a 6 ans. Depuis, pas de règles, trou-
 vint enceinte, troubles de la vue, régime
 le chloral, la saignée, injection de sé-
 ire monte rapidement à 40, 41°, stertor,
 onge la malade dans un bain froid à 25
 pouls tombe à 100, puis à 80. On s'em-
 du bain, son intelligence semble reve-
 , reprend le bain, mais à 32° et effusions
 e demi-heure au moins. Le mieux aug-
 nsi à la guérison. M. Fochier n'a rien
 rical. Il fait remarquer le danger des
 Il faut employer les bains tièdes.

son service une femme infectée par un
 ement, frisson ; température de 40, 41
 bains refroidis progressivement jusqu'à
 s. Dans l'intervalle, il a vu se produire
 parotidienne où bientôt une collection
 incisée et la femme a guéri. M. Gau-
 er à quoi est due la guérison dans ce
 la, est-ce à la formation de l'abcès, deux
 aises? Il ajoute que plusieurs fois il a eu
 atrices de M. Fochier et il n'a pas ob-
 nt les abcès spontanés. Dans un cas où il
 thérébentine, la femme est morte avec
 ions qu'on allait ouvrir.

ut pas employer les bains froids quand
 ns, mais seulement quand la tempéra-
 vé. Il faut être plus timide dans leur
 typhoïde. Les grands abaissements qui
 pas dans cette dernière maladie.

le). — **La grippe et l'état puerpéral.**
 une épidémie d'influenza. 35 femmes
 tes. Chez toutes ces malades il y a eu
 ires dont 2 broncho-pneumonies. Aucu-
 ont accouché avant terme, les autres à
 sont rompues quatre fois sous l'influen-

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

s de toux. Une femme symphyséotomisée a été atteinte d'une pneumonie pendant les suites de couches. Une femme a eu des manifestations gastriques ; son enfant a eu un érysipèle. Il n'a produit un seul cas de suppuration chez ces femmes. M. Queirel se sert du sublimé pour les injections vaginales ; il ne fait ces dernières que lorsque la température est normale. Peut-être est-ce à cette pratique qu'il doit de n'avoir eu aucun cas d'infection.

M. Queirel demande à M. Queirel s'il connaît des moyens de distinguer les affections puerpérales des affections grippales. Il a vu à la clinique de Lille une épidémie d'influenza. A l'inverse, M. Queirel il n'a pris chez ses malades aucun soin particulier des organes génitaux ; il a eu recours simplement à l'aspirine et en trois jours les femmes guérissaient. Mais il ne faut pas confondre pour de l'influenza ce qui est de l'infection, d'où l'importance de ne pas les confondre.

M. Queirel a observé des syndromes particuliers ; dans certains cas on aurait dit un début de variole ; d'autres fois c'était de l'érythème, etc., mais il n'y avait jamais rien du côté des organes génitaux.

LOTTE (de Paris). — De l'assistance obstétricale dans le deuxième arrondissement de Paris. — Elle conclut qu'on devrait charger spécialement des médecins le service obstétrical à domicile.

LIN, au nom de M. Tsahiris, présente un instrument pour l'agacement du siège décomplété mode des fesses.

LECLERCQ (de Paris). — De la rétention d'un cotylédon placentaire dans la cavité utérine. Difficulté du diagnostic dans certains cas. — Un cotylédon peut, au moment de la délivrance, rester adhérent à la paroi utérine. Tantôt ce cotylédon est séparé de la masse du gâteau placentaire, tantôt il est consigné avec lui, ce qu'on appelle un cotylédon accessoire. Dans le premier cas, l'examen de la surface utérine du placenta permet, en constatant la lacune due à l'absence du cotylédon, de le reconnaître. Dans le second cas, le diagnostic peut être fait à l'aide de l'examen indiqué par M. Tarnier en 1882 (Acad. de Méd., 21 février) : si on examine le pont membraneux se ren-

plédon accessoire, on y trouve des ramificaux qui relient le placenta principal cependant le diagnostic est bien difficile,

à 6 h. 50 du matin, entrainé à l'hôpital de Mme de 19 ans, primipare et en travail. Il par le sommet en O. I. D. P. fut expulsé. A 9 h. 40, quand on voulut faire une manœuvre arrêtée par le placenta descendu tout en haut, la sage-femme, Mlle Hénault, termina l'examen de l'arrière-faix, la surface utérine de caillots parut absolument complètes, elles existaient en totalité, la déchirure du passage du fœtus arrivait jusqu'au bord de la cavité hémorrhagie, survenue après l'expulsion continua après la délivrance; une injection de morphine à 1 heure de l'après-midi, l'aide sage-femme trouva que l'utérus, très volumineux, se trouvait sous les fausses côtes. La malade refusa le cathétérisme et on retira environ 1 litre de sang. Néanmoins, il resta volumineux, dépassait l'ombilic, on pratiqua l'exploration de la sortie d'une notable quantité de caillots par la main droite introduits dans le vagin et on trouva du sang coagulé. La main gauche ayant touché les caillots, puis l'ayant abaissé, on pénétra dans le vagin avec l'index et le médium droits. On y trouva un caillot qui flottait au niveau de l'orifice interne et une petite partie ayant été enlevée, on reconnut qu'elle était constituée par du tissu de l'arrière-faix. Ce caillot avait été mis de côté pour être examiné. Le lendemain matin, on alla le chercher afin de l'examiner. On le leva pour le débarrasser des caillots qui adhèrent à sa surface. On vit alors que sur une partie de la surface utérine ne se terminait pas en haut et cela sur une étendue de 3 cent., environ. Par transparence, on n'y voyait pas de caillots. Sur leur face utérine il y avait des filaments qui pouvaient être pris pour du tissu de la

Cependant, à chaque extrémité de cette partie qui se insi à pic, on voyait aboutir l'ouverture du sinus circulaire ; donc manquer une portion de cotylédon placentaire. — A. Lorsque, près de l'accouchée, on la mit dans la situation normale, on introduisit deux doigts dans la cavité utérine et sur un cotylédon adhérent qu'on détacha facilement et qui était exactement sur le bord du placenta. Une injection fine fut faite après qu'on se fût assuré qu'il ne restait dans la cavité de la matrice. Les suites de couches furent normales. Il m'est arrivé plusieurs fois de montrer des cas analogues dont le cotylédon en partie débordant du placenta y était cependant resté adhérent. Si on fait la séparation, on voyait qu'il aurait pu être très facilement détaché ; le cotylédon restait dans la cavité utérine et qu'on ne s'en apercevait point. — B. Il existe quelquefois des cotylédons accessoires tout près du bord du placenta et dont la circonférence est plus petite que la grande circonférence du placenta. Dans ce cas, si on ne les détache pas, ils restent dans la cavité utérine, on ne voit au niveau de leur point d'insertion sur les membranes que des filaments blancs ; les filaments eux-mêmes ne sont plus guère visibles ; le sang a barbouillé la surface des membranes. C'est en examinant ces cas on cherche par transparence des vaisseaux dans les membranes ; il n'en existe pas, car les artères et les veines ne passent pas dans ce cotylédon supplémentaire par le point de leur insertion qui était en contact avec le bord du placenta. Dans ces cas, à l'examen du placenta, on voit que les cotylédons sont au complet ; à l'examen des membranes, on ne voit pas de vaisseaux cheminant à leur surface et on ne trouve pas de déchirures du sinus circulaire ; il est donc bien difficile de reconnaître qu'un cotylédon est resté dans la cavité utérine.

Un cotylédon accessoire, qui était inséré loin du bord du placenta, put encore être retenu dans la cavité utérine quand les membranes qui le rattachaient au reste du placenta se sont détachées du bord de cet organe. En voici un exemple : En mars 1855 nous avons assisté aux environs de Paris une dame second accouchement fut spontané, le placenta arrivé à la vulve fut facilement extrait. On constata que les membranes étaient déchirées et qu'une petite quantité était restée dans l'u-

lésus. Les suites de couches furent normales. Le huitième jour, il y eut seulement un écoulement sanguin un peu exagéré, et le dixième, les membranes étaient expulsées. Le lambeau qu'elles formaient avait environ 10 centimètres de longueur sur 5 de largeur. Or, à 7 centimètres environ du bord qui était en rapport avec le placenta, se trouvait un petit cotylédon supplémentaire ayant le volume du pouce. De ce cotylédon partaient des vaisseaux qui, cheminant sur les membranes, allaient gagner le bord qui avait été adhérent au placenta. L'examen de l'arrière-faix attentivement pratiqué n'avait nullement fait soupçonner qu'un cotylédon accessoire était resté dans la cavité utérine. Donc, dans certains cas, un cotylédon peut être retenu dans la cavité utérine et il n'est point facile de s'en apercevoir. Si l'antiseptie est bien faite, ces cotylédons peuvent être éliminés sans déterminer d'autres accidents que des tranchées et des écoulement sanguins. Mais quelquefois, des phénomènes d'infection surviennent, les lochies sont alors plus ou moins fétides, quelquefois elles ne le sont que peu ; il y a plus ou moins de fièvre ; le pouls devient plus fréquent ; la température s'élève légèrement ou beaucoup ; l'état général est déprimé et si on pratique l'examen bimanuel, on est frappé, quoique plusieurs jours se soient passés depuis l'accouchement, de la perméabilité de l'utérus : l'index pénètre facilement dans la cavité utérine. En présence de ces symptômes, on peut penser à la rétention d'un cotylédon placentaire et, sans hésiter, on doit explorer la cavité de la matrice en ayant au besoin recours au chloroforme. Il est facile alors de détacher le cotylédon, d'écouvillonner l'utérus et les symptômes pathologiques disparaissent.

M. MAYGRIER (de Paris). — Statistique du service de la Pitié en 1893-94. — Pendant ces deux années, le nombre d'accouchements pratiqués à l'hôpital de la Pitié a été de 758 ; j'élimine 3 femmes apportées mourantes. A vrai dire, il y a eu 695 accouchements (dont 6 gémellaires) avec 15 accouchements faits en dehors et 63 avortements¹ dont 10 avaient eu lieu hors du service. Les interventions ont été les suivantes : 11 accouchements prématurés, 63 forceps, 1 levier, 9 versions, 5 basiotripsies, 25 délivrances artificielles, 2 symphyséotomies. On a relevé 6 cas d'éclampsie (tous guéris), 7 placentas prævia (avec 2

morts), 1 rupture du sinus circulaire, 3 hydramnios, 10 procidences, 5 rigidités du col. Voici les résultats : sur ces 758 femmes, 749 sont sorties bien portantes, 9 ont succombé (1 cancer de l'estomac, 2 embolies pulmonaires, 2 placentas prævias, 3 septicémies puerpérales, 1 affection cardiaque). La mortalité générale a été de 1,18 % et la mortalité par septicémie de 0,28 %; encore tous les faits de septicémie se sont-ils produits hors de l'hôpital. Quant à la morbidité, qui n'a été relevée que pour 1893, elle a été de 3,66 0/0 : mais 5 femmes ayant été apportées infectées, le chiffre de la morbidité hospitalière s'abaisse à 2,25 0/0. Enfin pour les enfants, la mortalité générale a été de 12,94 0/0 : mais si l'on déduit les enfants nés morts (macérés ou non), on n'a plus qu'une mortalité de 9 0/0.

Séance du samedi soir 19 avril 1895.

Election d'un deuxième vice-président (province). Trente votants. M. GAULARD (de Lille) est élu par 19 voix contre 8 à M. Herrgott (de Nancy), 2 à M. QUEIREL (de Marseille), 1 à M. MARDUEL (de Lyon).

M. GUÉNIOT (de Paris). — **La viciation pelvienne dite oblique-ovale est-elle une contre-indication absolue à la symphyséotomie** — M. Guéniot rapporte l'observation d'une femme de 24 ans, enceinte de 8 mois 1/2 dont le premier accouchement avait été terminé par une basiotripsie sur un enfant mort. Cette femme avait un bassin oblique-ovale. L'auteur provoqua l'accouchement prématuré avec la sonde; une heure après son introduction, le travail se déclarait et continuait jusqu'à la fin. Mais la tête restait élevée. Sans avoir essayé ni le forceps, ni la version, M. Guéniot fit la symphyséotomie, assez inquiet cependant sur l'état de la symphyse sacro-iliaque. Après assez de difficultés, il finit par trouver la symphyse et en fit la section : écartement maximum de 4 centim.; extraction au forceps d'un enfant vivant. Suites de couche absolument normales. 32 jours après l'opération, la femme quittait l'hôpital bien portante. Le bassin oblique-ovale ne constitue donc pas une contre-indication à la symphyséotomie. Reste à savoir si l'articulation était ankylosée. En tout cas, l'une des deux a pu jouer assez pour don-

centim. Une seconde symphyséotomie sur cette même femme à l'ère. Il réussit très bien. On put bien consolider; mais sur la bande épaisse de tissu fibreux qui compliqua un peu l'opération. Il semblait dans le service de

l'écartement unilatéral, remarque M. Pinard et Farabœuf, ne sont l'observation de M. Guéniot et les autres faites à ce sujet, lui ont été une opération inutile.

NOTE sur un cas d'enchâtonnement de délivre.— Il s'agit d'une femme de 21 ans un état grave. A 21 ans, elle avait été enlevée par un avortement de 2 mois. Elle, dès le cinquième mois, par des saignements à intervalles irréguliers. Elle bientôt suivie de contractions spontanées d'un enfant vivant de 21 ans. Après l'expulsion du fœtus, la délivre-femme qui assistait la malade, Elle essaie de faire la délivrance en décollant une partie du placenta; mais. Un médecin, appelé, veut faire l'opération fermée et envoie la femme à l'hôpital, mais ne perdant plus. M. Maygrier fait la délivrance sous le chloroforme et introduit le ballon de Champetier pour dilater le col, mais ne peut le rétracter. Le ballon de Maygrier est retiré à 6 heures du soir; l'opération est terminée. Un second ballon est introduit et la femme de garde peut enfin passer la nuit. Elle rencontre un deuxième orifice, c'est la matrice, où se trouve enchâtonné le délivre et l'amène au jour.

dehors. Cet arrière-faix présente une forme lière, celle de la corne utérine où il se trouvait prenait insertion sur les membranes. Cette foi bon état. L'enfant avait succombé le quatrième j
 a) Les hémorragies survenues chez cette femme pouvaient faire croire à une insertion vicie tandis qu'elles étaient dues à un décollement p la situation du délivre dans la corne utérine. b) tirer sur le cordon. C'est ici ce qui a amené l'en placenta dans la corne droite de l'utérus et la r neau de Bandl. c). Utilité du ballon de Champ de dilater l'orifice utérin et que dans un cas ana rait peut-être introduire dans l'orifice de la corn fin la forme singulière du placenta que M. May tré nul part.

M. HERRGOTT (de Nancy). — Au musée de N cas plus complet, car on y voit l'utérus contenai se de la mort de la femme. L'épaisseur du tissu la minceur extrême de la poche où se trouve l quent très bien l'enchâtonnement. Il y a une d dans l'épaisseur des tissus : le tissu utérin ré d'épaisseur tandis que la paroi de la poche a 2 disposition fait aussi comprendre combien gra tion. C'est pourquoi Schultze a préconisé, dans tomie, l'opération césarienne pour ouvrir ce comme un abcès placentaire. Ce sont des cas l dangereux en raison de la paralysie d'une parti rin. Mais avec le ballon de Champetier, comme l grier, peut-être pourrait-on arriver avec moie extraire le placenta et à éviter ainsi la laparoto

M. GAULARD a vu un cas comme celui observé et qui s'est terminé par la mort. Ayant mis la vité utérine pour pratiquer la délivrance artifi placenta enchâtonné dans la corne droite. Impo plus de deux doigts, quelques cotylédons se être extraits. Cette femme apportée infectée est cémie.

M. TARNIER (de Paris). — Observations d'e

-Femme de 37 ans, ayant marché vécus à terme ; enfants de 9 à 10 livres à terme. Perd de l'eau roussâtre. Col cancéreux. Opération césarienne de l'utérus par le vagin. Erit, quelques lypothymies que la douleur. Guérison. Enfant parti vivant de la femme à sa sixième grossesse. État inférieur. Entre en travail à terme. Guérison. L'enfant de 2,020 livres à une hémorrhagie méningée. À noter, car quand on fait une césarienne, si l'enfant meurt d'une hémorrhagie, toujours l'opération d'en être la cause.

Impaire de 38 ans. Gros corps
vivienne et débordant le détroit
et en avant. Cette femme entre
des eaux. Disparition des bat-
enne. Suite de couches d'abord
érature, 38°8; lochies un peu
pendant laquelle cyanose, syn-
tic d'embolie pulmonaire. Mort
us nulle part, péritoine rouge,
La péritonite a-t-elle été pour
C'est peu probable. La soudai-
tribuer à l'embolie.

tions. — Deux opérations césariennes : l'une à 30 ans, petite, grêle, avec un très déformé. Les pubis font une sautoire ; les os iliaques se saisissent entre les doigts ; les os pubiens mesurent 4 cent. de diamètre bilatéraux ; le diamètre antéro-postérieur mesure 8,5 cent. À la face interne du côté de l'articulation, existe une dépression formée par la branche horizontale du ligament ; le diamètre antéro-postérieur est de 1,5 cent. ; de chaque côté les lignes innomées sont sautoires ; gouttière près de l'articulation ilio-pubienne ? Avons-nous affaire à un

sin rachitique à forme pseudo-ostéomalacique, elle a été touchée par le rachitisme, mais peu, pas la grande déformation du bassin. De plus, à l'âge de vers 15 ans elle a été atteinte de faiblesse des inférieurs, elle a été obligée d'aliter, ne pouvant se lever et est restée ainsi pendant cinq ans, jusqu'à ce qu'elle fut alors guérie et a repris sa vie ordinaire. M.

Cette femme faiblement rachitique a été prise d'ostéomalacie. A sa première grossesse, la basiotripsie, puis l'antisepsie on fait l'opération césarienne par la voie lombaire. Cette dernière était dans ce cas peu indiquée. L'opération césarienne fut pratiquée avec succès pour la première fois. Cet enfant a été revu plus tard, il a une grande grosse tête, de la parésie des membres. Peut-être à cause de la syphilis dont le père était atteint. Cette deuxième enceinte, l'opération césarienne fut pratiquée par la voie lombaire. M. Tarnier se demanda alors s'il ne devait pas proposer d'autres opérations pour qu'elle ne risque pas sa vie une seconde fois. Elle s'y opposa. Opération. Suites de couches très bonnes. Elle sort avec son enfant qui était dans un meilleur état. Troisième grossesse. Sur quelques répétitions de l'opération, on n'a plus revu cette femme. Elle s'est adressée à un autre accoucheur, et M. Tarnier se demande si son collègue se décidera pour une autre opération. *Réflexions.* — 1° Pour les cinq opérations, M. Tarnier a été secondé par MM. Maygrier, Bar, Bonnaire, Démelin, c'est admirablement secondé, et c'est là une des plus grandes réussites. 2° Il opère avant le travail de l'accouchement, par une incision abdominale un peu haut, à 3 cent. de l'ombilic, l'utérus, il y fait une boutonnière dans laquelle il introduit des ciseaux destinés à guider les ciseaux qui vont achever l'opération. C'est le meilleur moyen d'éviter l'hémorrhagie et quand l'opération est presque terminée, injection de chlorure de sodium que l'enfant et le placenta sont extraits. 5° Par la voie lombaire aussi complet que possible, enlevé seulement le fœtus plus tard, en même temps on enlève les points de suture. *RIVIÈRE.* — M. Tarnier nous a parlé de femme enceinte de cinq mois, avec un cancer du col.

rait-il aller à terme pour pratiquer l'opération césarienne, ou bien ferait-il immédiatement l'hystérectomie ?

M. TARNIER estime qu'enlever un cancer utérin est le plus souvent une opération inutile. On peut d'ailleurs faire l'ablation du col pendant la grossesse et attendre le terme.

M. GUÉNIOT a fait deux fois l'opération césarienne sur deux femmes différentes (4 opérations). Chez une naine, les deux fois les enfants sont nés avec les apparences du rachitisme. Le père était un fort bel homme, qui désirait avoir des enfants et avait grand intérêt à en avoir. Or, l'accoucheur était-il en droit d'enlever les ovaires à cette femme ? Ce serait un point à discuter.

M. TARNIER. — Quel que soit l'intérêt du mari à avoir beaucoup d'enfants, il y a là question de liberté individuelle. Il faut respecter la volonté de la femme.

M. HERRGOTT. — Il est généralement admis aujourd'hui qu'il appartient à la femme seule de décider si elle veut subir telle ou telle opération.

M. TREUB. — Au point de vue technique, il y a un moyen efficace d'empêcher de nouvelles grossesses sans enlever les ovaires, c'est de sectionner les trompes entre deux ligatures.

M. GAULARD rappelle une observation rapportée par Kaberlé, où le moyen dont parle M. Treub fut la cause d'une grossesse extra-utérine ; la cicatrisation de la trompe n'avait pas été complète. Quant à la question morale, elle lui semble de la plus grande importance.

(A suivre.)

(Progrès méd.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1^{er} mai 1895.

FISTULES URÉTÉRO-VAGINALES.

M. RICARD. Au point de vue anatomique, je dirai qu'après les recherches que j'ai pu faire, c'est lorsque sur les confins du ligament large, on place une pince un peu à l'angle que l'on atteint l'uretère.

Au point de vue clinique comment reconnaître que la fistule siège dans l'uretère. Est-ce en injectant du liquide coloré dans la vessie ? Ce signe ne me paraît pas pathognomonique, et j'en veux

pour preuve une observation de M. Tuffier, qui lia d'emblée l'uretère pour atrophier la vessie, croyant avoir affaire à une fistule urétérale et qui, disséquée plus tard, montra qu'il existait en même temps une fistule vésicale ; or, celle-ci n'avait pas donné d'issue au liquide coloré injecté.

Je peux citer une autre opération faite à un hôpital libre de laquelle, à la suite d'une hystérectomie vaginale, survint une très large fistule vésico-vaginale. Elle fut prise pour une fistule urétérale opérée quatre fois sans succès. Or, cette prétendue fistule urétérale était une vésicule dont j'obtins l'oblitération par de multiples interventions.

M. TUFFIER. La discussion engagée a dévié sur le manuel opératoire de l'hystérectomie. Je ne veux pas en parler. M. Lejard a parlé beaucoup mieux que je ne le ferais moi-même.

Je maintiendrai la plus grande fréquence de la blessure de l'uretère droit que du gauche, puisque sur 28 cas il y a 7 cas d'uretères blessés à droite. C'est donc que le manuel opératoire est plus difficile à droite qu'à gauche.

Quant aux plaies latérales de l'uretère, que l'on m'a refusé, elles existent et se réparent spontanément. Les sections incomplètes chirurgicales ou accidentelles de l'uretère se guérissent spontanément.

Il y a un moyen de s'assurer de la vitalité de la fistule urétérale c'est d'employer la cystoscopie, si facile chez la femme, et de faire le cathétérisme de l'uretère et de constater l'apparition de la saignée dans le vagin.

Quant à la thérapeutique, la néphrectomie est rejetée par tout le monde, comme opération primitive.

Je crois que la voie vaginale est possible, que l'on peut suture l'uretère dans la vessie, et c'est seulement quand cette voie est impossible, qu'il faut avoir recours à la voie abdominale.

Quant à l'abouchement dans l'intestin, ce n'est qu'une méthode de pis-aller.

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE.

M. REYNIER. Dans la dernière séance, M. Richelot nous a donné un procédé qu'il considère comme définitif pour l'hystérectomie abdominale totale. Je reprocherai la difficulté qu'il peut y avoir

l'auteur de ligament large fortement distendu. la méthode de Lauphear qui fait une ligature du tiers supérieur du ligament large ; ce la difficulté de saisir le ligament large d'une

et les fibromes de moyen volume ne s'élevant au-dessus de doigt au-dessus du pubis doivent, se prêter aux manœuvres de Richelot. Mais, dans ce cas, se contenter de les enlever par l'incision abdominale ? Mais pour les fibromes qui s'élèvent jusqu'à l'ombilic, ou le dépassent, le procédé est toujours applicable ?

peut être très long, très laborieux, et expose à de grandes pertes de sang. Ne vaut-il pas mieux, au procédé de Bailly, que j'emploie, qui est sûr, mais très rapide ?

(*La Revue médicale.*)

Séance du 5 juin.

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINO-VAGINALE.

Intéressante communication faite il y a quelques jours par M. Richelot à la Société de Chirurgie sur la question du traitement chirurgical des fibromes

et dans deux groupes les différents procédés que l'on emploie dans le premier groupe doivent être rangés tous les cas où l'on fait l'hystérectomie partielle et dont on peut citer : l'hystérectomie avec pédicule intact et l'hystérectomie avec pédicule réduit. Ces deux procédés ont cessé d'être abandonnés par les chirurgiens à l'effet, que des procédés de nécessité dont les suites éloignées peuvent être graves.

En résumé, il faut classer les méthodes opératoires en deux groupes : l'hystérectomie totale ; ce sont ces dernières qui sont de plus en plus la faveur des chirurgiens. Mais faut-il mieux de prendre quand on veut faire

ectomie totale ? Est-ce la voie vaginale ? Est-ce la voie
nale ?

nd à admettre aujourd'hui, d'une façon à peu près défi-
que le vagin est la voie de choix pour l'extraction des
bromes utérins dont la masse reste localisée au-dessous de
le.

ord n'est pas aussi parfait quand il s'agit d'enlever un
e sous-ombilical. Il semble que l'on doive rapporter ici
es méthodes proposées à deux procédés : d'une part, on
ivre la voie abdomino-vaginale comme l'ont fait Péan et
.. Mais, je le dis tout suite, l'idéal n'est pas, selon moi, dans
reille voie qui a le gros inconvénient de faire passer l'opé-
alternativement de l'abdomen dans le vagin. D'autre part,
t suivre uniquement la voie abdominale et c'est à l'hysté-
le abdominale totale que j'accorde la préférence dans le
ent des gros fibromes utérins.

préférences, d'ailleurs, ne vont pas sans preuves à l'appui.
érique, l'hystérectomie totale par la laparotomie est d'usa-
ant, et quelques-uns de nos confrères de la province s'en
nt fort bien. Pour mon compte personnel, je l'ai pratiquée
ci dix fois. Ma statistique comporte un décès. Je veux
donner le détail, parce qu'il en sort, à mon avis, un grand
ement.

le cas dont il s'agit, en effet, au cours de l'extirpation du
e, l'utérus éjecta soudain un petit polype et cette éjacu-
s'accompagna de l'issue de liquide sanieux de l'utérus dans
é péritonéale. La malade mourut des suites de la périto-
nécrotique. Ce fait prouve donc nettement que le danger de
rectomie est dans l'infection vagino-utérine pure.

es mes autres malades ont parfaitement guéri. Et je signa-
ue, même dans les vingt-quatre premières heures après
tion, elles éprouvaient un bien-être remarquable.

nsidère donc comme le procédé de l'avenir l'hystérecto-
ale par laparotomie pour les gros fibromes, et je ne suis
rtisan, dans ce cas, du procédé que nous a décrit M. Ri-

l comment j'opère le plus souvent : Après incision de la
bdominale et mise à nu du fibrome, je commence par me
asser des ligaments larges à l'aide de ligatures. J'attaque

Il se montre le premier, sans idées des culs-de-sac plutôt que l'autre. Enfant, je n'hésite pas à l'enserrer et à l'aide d'une forte pince, manoeuvre soignée, dans les jours qui précèdent l'opération du vagin et le matin même de l'opération que je vous détaillais tout à l'heure, l'opération. Je décortique ensuite le vagin avec des pinces. Enfin, je ne fais pas un petit bassin comme autrefois.

Je fais l'hystérectomie abdominale totale en vue de l'avenir, parce que son pronostic est grave.

Je fais autrefois l'hystérectomie avec quelques cas de suppuration ou j'abandonne ce procédé. Comme les fibromes sous-ombilicaux doivent être traités, d'autre part, que j'opère les fibromes sus-ombilicaux, sans l'abandonner. Comme lui, je vais d'abord lier le vagin. Je laisse toujours le vagin ouvert. Si survient, je crois qu'elle est due à l'opération, donnent souvent une abondance de sang. Je crois qu'il ne faut pas abandonner la castration pour le traitement des fibromes. J'ai vu dans quelques cas, et je pense que c'est une manière de procédés pour opérer les fibromes de tous les chirurgiens.

Je fais cinq fois l'ablation abdominale totale et dans des conditions vraiment très opératoires que M. Ricard. Il n'est pas toujours facile de lier le vagin, et c'est d'une hémorrhagie de sang. Je n'ai eu seule de mes cinq opérées qui ait eu le tamponnement du vagin, les écoulements de liquide. J'insisterai sur le fait qu'éprouvent les malades après l'opération.

Je fais la grande expérience de l'hystérec-

tomie abdominale totale dont je ne possède que deux faits. Néanmoins, j'ai une grande tendance à la mettre en pratique de plus en plus, pour les cas où l'hystérectomie vaginale n'est pas possible. Je connais, en effet, les dangers du pédicule dont l'infection amène le plus souvent des désastres. Il ne faut cependant pas exagérer les avantages de l'hystérectomie abdominale totale. Pourquoi ne pas inclure, par exemple, le pédicule dans la paroi abdominale ? Il n'y a pas de suppuration, ni d'éventration en agissant ainsi. Pour moi, c'est une méthode que j'emploie quelquefois avec succès. Je crois, comme M. Routier, qu'il faut conserver la castration pour les malades exsangues et qui ne supporteraient pas une longue intervention. Je crois, enfin, qu'il ne faut pas être absolu sur le point qui nous occupe, et se rappeler qu'il y a des malades et non un malade, des fibromes et non un fibrome. (Gaz. méd. de Paris.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE VIENNE

TUMEURS DU BASSIN ET LEUR TRAITEMENT

M. Hofmokl a réuni deux cent trente-cinq cas de tumeurs inflammatoires dépendant des organes génitaux de la femme ou de tumeurs d'origine hématique ou non inflammatoires du bassin, qu'il a traitées de préférence par la ponction ou l'incision par la voie vaginale.

Il compte quatre-vingt-quatorze cas de périmérite ou de paramérite, dont soixante-sept furent suivis de guérison, vingt-quatre furent améliorés et trois se terminèrent par la mort. Sur ce nombre, seize fois la collection purulente s'ouvrit spontanément; vingt-sept fois elle fut simplement ponctionnée et le pus évacué par aspiration.

De vingt-deux hématoécèles, dix-huit guérirent, trois s'améliorèrent, un amena la mort. Dix fois M. Hofmokl fit la simple ponction; dix fois il eut recours à l'incision avec ou sans drainage; deux fois la laparotomie fut pratiquée.

Neuf malades se présentèrent à l'hôpital avec des symptômes aigus d'occlusion intestinale, deux fois il s'agissait d'une péritonite tuberculeuse consécutive à de la tuberculose de la trompe et sept fois de péritonite due à la torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire.

aiter cent cas de salpingite : soixante-cinq guérèrent et cinq succombèrent (deux par typhoïde et deux par péripneumonie) ; une parotomie ne fut faite que cinq fois (un cas) ; quinze autres cas furent ou simplement aspirés, ou ponctionnés et ensuite traités parmi les malades ponctionnées. La ponction demanda un temps variant entre quatre et six mois.

Leur état actuel fut envoyé à cinquante-huit ; reçut vingt-quatre réponses, dont vingt complètes, trois l'amélioration, un résultat incertain depuis l'opération variant entre trois et six mois.

En conclusion de cette statistique, elle est en faveur de l'intervention sur les annexes, ne occasionner de suites graves et de ne pas porter atteinte au point de vue génital. Si dans certains cas la salpingectomie, dans les cas peu graves il faut intervenir le plus possible. D'autre part, lorsqu'il y a de vastes abcès, il faut chercher à les évacuer sans recourir à la résection de l'utérus et on l'a conseillé récemment.

Et dans deux cas il a fait une opération qu'il emploie pour les abcès de la prostate : il a cheminé dans la cloison recto-vaginale, évacué l'abcès.

Tous autres fois fréquemment à la ponction. Il est certain que parfois on a de bons résultats, mais une guérison réelle est rare. On pense que pour les hématoécèles la ponction est conservée : d'après l'opinion qui a cours est que des hématoécèles intra-péritonéales, dans les cas résultent d'une grossesse extra-utérine.

En la pratique suivie à la clinique de M. Schauta sur les annexes. M. Schauta emploie la salpingite purulente volumineuse, fait l'incision par la paroi abdominale antérieure ou

dans le vagin. Cette intervention convient moins aux petites salpingites, qui sont d'une part difficilement accessibles, et d'autre part ne contiennent que quelques gouttes de pus ; dans d'autres cas, c'est moins le pus que le processus inflammatoire qui est la cause des douleurs. Pour ces petites salpingites, le seul procédé qui convienne, c'est l'extirpation par la laparotomie. Il est vrai qu'à la suite de cette intervention il peut survenir des complications telles que sécrétion du moignon, écoulements, pyrexies ; aussi pour les éviter, on ne doit pas se borner à enlever les annexes, mais il faut encore enlever l'utérus. Telle est la technique qui a donné de bons résultats à la clinique de M. Schuchard.

M. Hofmokl reconnaît que la ponction ou l'incision ne conviennent pas à tous les cas, mais il voudrait voir étendre leurs indications. D'ailleurs il a obtenu une grande amélioration en évacuant des trompes qui n'étaient pas plus grosses que les ovaires et desquelles par aspiration on n'a pu retirer que quelques gouttes de pus. (Bull. mé.

REVUE DE LA PRESSE

L'EFFACEMENT DU COL DANS LA GROSSESSE

La question de l'effacement du col pendant la grossesse est une de celles qui ont toujours divisé les accoucheurs, lesquels ne s'expliquent d'ailleurs pas tout à fait encore à ce sujet. Elle présente une importance pratique, et c'est là surtout ce qui fait son intérêt. D^r A. Thibaut vient à ce propos de reprendre dans sa thèse toute la discussion et apporte un grand nombre d'observations prises au service de M. le professeur Gaulard (de Lille), dont il soutient les conclusions sur ce sujet.

On sait que M. le Professeur Pinard admet l'hypertrophie du col pendant la grossesse et nie tout effacement avant le travail de l'accouchement. « Il en résulte, dit l'éminent Professeur, que si, en terminant à la fin de la grossesse une femme qui n'a ni jumeaux, ni polyhydramnios (deux conditions pouvant produire la déhiscence du col) et chez qui, avant vous, l'on n'a pas pratiqué des touchés, vous trouvez le col effacé au retour aussi bien qu'à la fin du travail, la femme est en travail. »

Les conclusions de M. Thibaut sont un peu différentes et a

aulard a déjà cherché à faire prévaloir dans

dans un assez grand nombre de cas.

t le bassin est vicié, chez les multipares, dans tre que celle du sommet, le col reste effec- début du travail. Il en est de même pour a conformées. Mais chez presque toutes les a première fois, et même chez beaucoup de e dans les premiers temps de la grossesse. Et, acement réel, incontestable.

enté dans mes recherches, d'explorer la sur- ce côté, l'effacement peut paraître complet commencé. Dans tous les cas où j'ai pu, e le doigt dans la cavité cervicale, je l'ai fait is, et le mieux possible, les parois de cette ca- e qu'en procédant de cette manière, j'ai cons- mmes, et bien avant le travail, la dispari- et du col réduit à son orifice externe. Les at pendant huit et même quinze jours. »

pliquée par l'absence d'engagement du fœtus. a été empêché, soit par la multiparité, soit sin, soit dans les présentations de l'extrémi- lécomplétée, mode des pieds ou des genoux, ard a pu trouver un col intact au début du arce que le segment inférieur est moins dis- e fœtal est dans le détroit, parce que le col ne i tiraillements, a moins de tendance à s'ou-

ien conformées, il a rencontré un col ayant ur au début de l'accouchement ; mais dans également noté une grossesse interrompue onfirmait toujours le poids de l'enfant.

EN CAS D'IMMINENCE D'AVORTEMENT.

asant sur les observations qu'il a faites dans ominent, arrive aux conclusions suivantes, re- e à tenir dans les cas d'avortement :
mé ou à peine entr'ouvert, il faut se borner à

prescrire le repos et des lavages du vagin ; tamponnement. Grâce au tamponnement on les hémorrhagies, on obtient encore la dilatation utile, en cas d'intervention ultérieure éventuelle d'intervention, en vue d'obtenir la dilatation sans dangers d'infection.

Lorsque le col est ouvert au point de livrer à eu habituellement des métrorrhagies abondantes n'est plus à empêcher.

On commencera par prescrire le repos et froides ; si les hémorrhagies persistent et qu'un lumen, il faut intervenir par voie opératoire. On extrait le contenu de l'utérus à l'aide du doigt, la curette (9 fois 2 mois après l'avortement,) pince à polypes. Les métrorrhagies ont cessé et

(Wie

INFLUENCE DE LA SÉCRÉTION VAGINALE SUR LE

M. Burkhardt, inspiré par le travail de Doedyns sur la sécrétion vaginale et son influence sur la fièvre puerpérale, a étudié, au point de vue microscopique, des cultures du contenu vaginal de femmes enceintes et a ensuite comparé l'évolution de ces cultures chez ces femmes.

Le nombre des femmes malades après l'accouchement est de 100 chez les accouchées à sécrétion vaginale normale et de 50 chez celles à sécrétion pathologique. La nature de la sécrétion a donc une grande influence sur les suites de l'accouchement. Les suites de l'accouchement créées par la sécrétion pathologique peuvent être évitées par une désinfection rigoureuse pendant la grossesse.

(Arch. f. Gynæk

NOUVELLES

La seconde session du Congrès international d'obstétrique aura lieu à Genève dans la première semaine 1896. C'est par erreur que quelques journaux ont annoncé cette session pour 1895.

Les questions officielles, pour lesquelles il a été désigné des représentants de différents pays sont les suivantes :

Obstétrique

formes le plus souvent observées des rétrécissements différents pays.
sie.

Gynécologie

les rétrodéviations utérines.
s et leur traitement.
trois abdominales ; meilleur procédé pour
is, hernies, etc.
e congrès aura lieu une exposition d'appareils
tant à l'obstétrique et à la gynécologie.

, *Pour le Comité d'organisation :*
Prof. VULLIET.

BIBLIOGRAPHIE

neo, sa technique, ses applications, par le D^r F.
XX

reathéniques aux eaux de Bagnères-de-Bigorre,
in, 1894.

ne réflexes à distance provoquées par le froid
pie, par le D^r BORREY. Genève, 1895.

'agrégation en médecine et son remplacement
docent, par le D^r BÉAULON. Paris, Maloine, 1895.

nique de la castration abdominale totale pour
es et des annexes, par DELAGENIER (du Mans).
irurgie, 1895.)

pérations pratiquées au Mans du 27 janvier
, par DELAGENIER. (*Archives provinciales de chi-*

r Emanuel HASENFELD. Budapest, 1895.

er dans les pensionnats, par le D^r GAILLET.

s de la syphilis, par le D^r F. LOUATTE. Bourges,

s maladies chroniques de l'oreille, du nez, du
royen de l'eau minérale de Challes, par le D^r A.

que intra-utérine en général. — Des procédés
le totale pour gros fibromes, par le D^r FOURNEL.

XII. — **Le traitement des affections du nez, de la gorge et des oreilles par les mouvements du massage rythmé ou vibratoire (statistique)**, par le D^r GARNAULT. Paris, Maloine, 1895.

XIII. — **Contribution à l'étude de la morphologie des fosses nasales. L'organe de Jacobson**, par le D^r GARNAULT. (Société de Biologie, 27 avril 1895.)

XIV. — **Traitement des maladies chroniques du cœur et des vaisseaux par la balnéation thermique chlorurée gazeuse**, par le D^r DE BOSIA. Paris, 1895.

XV. — **De l'actinomycoose humaine à Lyon**, par le Prof. PONCET. (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, avril 1895.)

XVI. — **Des indications d'une cure aux eaux de Royat**, par le D^r PERRI. Paris, 1895.

XVII. — **Contribution aux études cliniques sur la dilatation de l'estomac**, par le D^r BOULOUMIÉ. Paris, Société d'éditions scientifiques, 1895.

XVIII. — **Le pied plat douloureux, sa pathogénie, son traitement**, par le D^r M. BLOCH. Paris, Maloine, 1895.

XIX. — **Traitement de l'eczéma aux eaux de Saint-Gervais**, par le D^r WISARD. Vichy, 1895.

XX. — **La somatose, un nouveau moyen dététique**, par le D^r DE BUCK. (*Flandre médicale*, Gand, 1894.)

XXI. — **Guide maternel ou l'hygiène de la mère et de l'enfant (Deuxième édition)**. In-8 de 200 pages. Prix : 4 fr.

Dans ce volume, qui ne contient pas plus de deux cents pages, l'auteur a su résumer, en un style clair et précis, tout ce qui a trait à l'hygiène de la femme, depuis le début de la grossesse jusqu'au moment de la délivrance, et à celle de l'enfant depuis la naissance jusqu'à l'époque du sevrage.

A côté des principes d'hygiène très bien exposés et décrits, on y trouve une quantité notable de formules pratiques qui trouveront leur emploi dans le cours de la grossesse, de la lactation, de la dentition, du sevrage, etc., etc.

La jeune femme retirera autant de profit de la lecture de ce livre que la mère de famille.

De plus, un certain nombre de gravures dans le texte en facilitent la lecture, et à l'aide de ce guide la jeune mère n'éprouvera pas le moindre embarras pour diriger elle-même l'élevage de son enfant.

La première édition de cet ouvrage, qui a déjà valu à son auteur un diplôme d'honneur à l'Exposition d'hygiène de l'enfance en 1887, laisse assez entrevoir ce que l'on peut attendre de la seconde.

Le livre du docteur Selle est, pour tout dire, un ouvrage absolument complet et entièrement mis au courant des dernières découvertes scientifiques concernant l'hygiène de la mère et de l'enfant. Il nous paraît appelé, comme ouvrage de vulgarisation, à rendre les plus grands services.

Envoi *franco*, contre un mandat de 4 francs, adressé à M. le Directeur de la Société d'Éditions Scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, place de l'École de Médecine, Paris.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

64.—Thérapeutique de la troisième période du travail
(*Montreal med. Journ.*, février 1895.) — M. REDDY présente une communication intéressante sur les médicaments dans la troisième période du travail. Il les divise en :

Anesthésiques ;
Hémostatiques ;
Styptiques ;
Désinfectants ;
Stimulants.

1° Les anesthésiques ont pour objet de combattre la douleur, d'obtenir le relâchement des tissus et d'éviter les mouvements intempestifs. Leur emploi dans la deuxième période facilite beaucoup le travail dans la plupart des cas, mais leur place dans la troisième période est moins nettement indiquée.

Playfair préconise l'emploi du chloroforme à partir seulement du moment où le col est complètement dilaté, la tête bien descendue, et quand les douleurs sont devenues propulsives. Pour aider la dilatation d'un col rigide, Playfair préfère employer le chloral. La malade ne doit pas être complètement endormie, le but est d'obtenir une anesthésie locale et non une insensibilité chirurgicale et profonde. Une surveillance attentive est nécessaire. Si les contractions s'affaiblissent et deviennent moins fréquentes, les inhalations doivent être interrompues. Playfair recommande l'emploi du mélange de Sanson :

Alcool.....	1 partie.
Chloroforme.....	2 —

pour éviter le relâchement excessif des tissus. Le plus grand nombre des accoucheurs des Etats-Unis et du Canada recommandent l'emploi des anesthésiques dans la deuxième période. Leur usage est beaucoup moins répandu dans la troisième période à cause de l'inertie utérine et l'hémorrhagie qui quelquefois s'ensuivent. Dans le choix de l'anesthésique les avis sont partagés entre le chloroforme, l'éther et le bromure de méthyle. Les contre-indications sont : l'anémie, le goître,

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

dite, la dyspnée ou collapsus, les maladies de cœur et le rœvia.

atiques.— Playfair recommande qu'une bonne dose de l'ex-
le d'ergot soit administrée, dans tous les cas, après l'expul-
scenta pour assurer la contraction persistante et diminuer
la rétention des caillots sanguins dans l'utérus. Dans les
eut des hémorragies dans les accouchements précédents,
ne injection hypodermique d'ergotine, quand le travail doit
r dans vingt minutes, puisque l'effet du médicament ne se
e en moins de temps.

peut être répétée dans le cas d'hémorragie post-partum.
ration en injection hypodermique donne l'action la plus
et la plus rapide.

rité des accoucheurs font usage de l'ergot et sont d'accord
it la contraction solide de l'utérus. Pour obtenir l'effet
lant la troisième période il faut qu'il soit administré à la
n de la deuxième période.

donne toujours une dose d'ergot à la fin de la deuxième
dix gouttes de l'extrait combiné avec de la digitale et de
rois fois par jour pendant huit jours après l'accouchement.

tes.— L'injection du perchlorure de fer aura raison pres-
rs des hémorragies persistantes. Playfair dit qu'on ne
entreprendre un accouchement sans avoir ce remède sous

ussi recommande qu'on s'en serve soit en injection, soit
ique appliqué au moyen d'une éponge au siège de l'hé-

Il faut avoir soin de donner tous les jours des lavages
is pour éviter le séjour de caillots sanguins. D'autres au-
nisent l'emploi de la teinture d'iode, du vinaigre fort et
n d'acide acétique à l'eau chaude, et des injections d'eau
c addition de quelques gouttes de créoline, comme répon-
me but.

tants. — L'emploi de désinfectants au troisième temps
est une question discutée. Il est même généralement con-
oins que l'accouchée ait de la leucorrhée ou qu'elle soit
gonocoques. Le sublimé est le désinfectant habituellement
Vinkel signale le danger d'empoisonnement par son em-
rt de la solution au 1/5000.

ecommande la solution chaude au 1/2000.

une solution de permanganate de potassium ou
l'emploi du sublimé a été suivi de mauvais

morceaux de la grandeur d'une noix) et de l'eau
mandées.

Il y a des accoucheurs qui introduisent une
cic dans l'utérus pour arrêter l'hémorrhagie post-
partum. La cic chaude stérilisée est probablement le meilleur
moyen pour arrêter les hémorrhagies post-partum et enlever les

Le meilleur stimulant est probablement le nitrate
de strychnine de 2 à 4 milligrammes en injection hypodermi-
que et l'éther, administrés également en injec-
tion, sont très utiles contre la défaillance cardiaque.
Le chlorure de sodium est un stimulant excellent après
les hémorrhagies. Elle sera administrée par le rectum. La
dose de sodium est très facilement absorbée par le
rectum même de 6 à 7 litres, dans les trente-six heures.



**Thérapeutique intra-utérine et traitement des
complications péri-utérines**, par R. PICHEVIN. (*Nouv. Arch.
général.*, mai 1890.) — L'auteur, partisan convaincu des
dilatations et du curage utérin contre les affections
péri-utérines, rappelle d'abord les recherches de
Dugès et de Doléris. Pour lui, comme pour les auteurs
cités, les indications du traitement sont les suivantes :

1° Dilatation des parois utérines au niveau de l'ostium uterinum ;
2° Désobstruction de cet orifice par la dilatation et le
curage par les causes mécaniques.

3° Le rétablissement du courant qui existe entre la
matrice et l'ovaire sous l'influence de deux causes : a) Sorte d'aspira-
tion intra-utérine dilatée au maximum ; b) ten-
sion trompe.

4° Le rétablissement de la contractilité de l'appareil musculaire tubo-
utérin, le curage et les injections.

5° Le traitement des organes pelviens.

5° Stérilisation de la cavité utérine par les antiseptiques qui agissent localement et aussi sur les foyers infectieux situés à distance : pénétration des agents microbicides par les lymphatiques ou par la voie muqueuse.

6° Sorte de massage provoqué par ces différentes manœuvres (dilatation, curage, drainage et injections).

Mais la théorie de l'évacuation du contenu tubaire par l'orifice utérin dilaté a rencontré de nombreux contradicteurs (Terrillon, Pozzi, Sutton). M. Pichevin prouve d'abord que l'évacuation spontanée est un fait qui n'a rien d'anormal et déjà observé par Scanzoni, Barnes, Churchill, Schröder, Martin, Bandl. Nombre de gynécologues ont vu les collections tubaires varier de volume avec l'importance de l'écoulement utérin, s'affaïsser même parfois, devant l'observateur, sous l'action de la pression bimanuelle. L'auteur, chez une malade atteinte de fibrome hydropérique, a pu, une fois l'utérus vidé de sa sécrétion par l'emploi d'une sonde, extraire encore de l'organe, au moyen d'une grosse seringue, 40 à 60 grammes de liquide qu'il suppose provenir des trompes. Il cite une observation d'hystérectomie vaginale totale, avec ablation des annexes complètes, où l'orifice tubaire était nettement resté perméable et permet l'évacuation du contenu de la trompe sous la simple pression du doigt.

Suivent quatre observations, dont deux en commun avec M. Le Dentu et dans lesquelles on voit, à la suite d'une dilatation suffisamment maintenue et aboutissant au curage, une abondante évacuation de pus se produire et coïncider avec la disparition immédiate de tumeurs annexielles.

L'auteur explique la rétention tubaire par le gonflement de la muqueuse et parfois par les flexions que produisent aux coudes les augmentations brusques de pression dues à l'accumulation des liquides.

M. Pichevin passe ensuite en revue, dans une très intéressante discussion, les causes d'échec possible de la méthode : causes résidant en général dans l'emploi d'une mauvaise technique ou dans la nature même des lésions : dans le premier cas, on n'a dilaté que le col et non le corps (laminaires mal placées : il faut employer les éponges pour arriver à la dilatation complète), ou plus souvent encore le curage a été mal fait : on a laissé des fongosités en grand nombre aux alentours de l'orifice tubaire, par exemple, ou enfin le drainage n'a pas été prolongé pendant une période suffisante. Les causes se rattachant

sont : les altérations déjà anciennes des formations paramétritiques, les adhérences, les lésions ovariennes.

Les contre-indications de la méthode ; osselées en chapelets, ancienneté de la

technique, M. Pichevin conseille de suppléer au curage, parce qu'elle fatigue la matrice avec un dilatateur en acier à deux anneaux : il maintient cette dilatation prolongée.



Des obliques du forceps. (*Presse Méd.* Bué, chef de clinique à la Faculté de médecine, recherches sur l'application du forceps) Le type employé a été celui du P^r Tarnier. Les règles d'application :

1^{re} Dans laquelle chaque cuiller est placée dans l'axe transverse du bassin ;

2^{de} Antérieure, l'une des cuillers est dirigée directement en avant du sacrum ;

3^{de} Oblique une cuiller est à l'extrémité postérieure du bassin, l'autre cuiller à l'extrémité

antérieure ; elle à exécuter ; elle est correcte parce qu'elle est rétrécie dans son diamètre antéro-postérieur, la tête se plaçant ordinairement dans l'axe, le forceps ainsi appliqué prend l'occiput. Pendant les tractions, le diamètre occipito-frontal diminue ; le diamètre bipariétal, augmente ; or, c'est justement lui qui est le plus large dans le bassin. Aussi, en général, la prise est bonne. Cependant, l'auteur a vu plusieurs fois échouer, ce qui ne veut pas dire que ce n'est pas possible.

4^{de} La manœuvre semble au premier abord très simple, mais elle diminue le diamètre bipariétal,

puisque la tête est supposée en variété transversale. En réalité, l'opération est difficile ; de plus, les deux cuillers appliquées sont deux leviers puissants qui blessent l'enfant et la mère, dont la vessie et le rectum subissent immédiatement l'effort de l'instrument. En outre, la cuiller postérieure forme un véritable pont allant du promontoire à la pointe du coccyx. Cette branche du forceps est presque rectiligne, tandis que le sacrum est concave ; entre les deux, il y a donc un espace vide dans lequel la tête ne peut s'emboîter, ce qui diminue d'autant la capacité du bassin (Farabeuf).

L'application *oblique* n'est régulière ni par rapport au bassin, ni par rapport à la tête. Elle est néanmoins l'aboutissant presque inévitable des deux autres procédés, car les cuillers glissent soit dans l'application directe, soit dans l'antéro-postérieure, pour se placer en fin de compte, l'une sur une bosse frontale, l'autre sur l'occiput du côté opposé. L'application oblique a l'avantage de ne pas déplacer la partie foetale, puisque l'instrument se loge là où il y a de la place entre la tête et le bassin ; elle est en outre facile à exécuter : « La prise, sans être idéale, est bonne, d'une bosse frontale à l'apophyse mastoïde opposée ; la courbure céphalique de l'instrument s'adapte bien sur la convexité de la tête et la courbure pelvienne à la courbe du bassin ; le diamètre bipariétal est peu sollicité à s'étendre, et le diamètre crânien, qui doit fournir l'allongement compensateur, se trouve précisément sur le diamètre pelvien le plus spacieux. » (Hubert, *Revue médicale de Belgique*, mars 1893.)

Budin, Maygrier, Porak, Gaulard et son élève Robillard sont du même avis. L'auteur conclut donc à l'adoption de la prise oblique comme procédé du choix (DEMELIN, *Rev. de théér. méd. chir.*)



67. — Bleu de méthylène contre le prurit vulvaire.

-- Le Dr Madden recommande une solution concentrée de bleu de méthylène comme une bonne lotion analgésique contre le prurit vulvaire. Pour rendre efficace ce traitement local de prurit vulvaire, il faut de toute nécessité assurer l'asepsie absolue de la région affectée : dans ce but on lavera les parties à plusieurs reprises à l'eau chaude (à 49 degrés centigrades) et on appliquera ensuite une solution de bichlorure de mercure (1 : 1000) ou un antiseptique quelconque. Ainsi préparée préalablement, la vulve sera alors badigeonnée

ation concentrée de bleu de méthylène ; ces applications faites avec l'administration à l'intérieur d'une pilule de bleu de méthylène à 0 gr. 12 (répétée deux ou trois fois par jour), rend de grands services et soulageraient totalement les douleurs par les femmes. Le seul inconvénient que présente le bleu de méthylène, c'est la couleur bleue persistante sur les parties soumises au badigeonnage de bleu de méthylène.
(Méd. New.)



propos des recherches modernes sur le chimisme stomacal. — On a publié, dans ces dernières années, une quantité considérable de travaux sur la digestion stomacale et ses remarquables progrès ont été réalisés dans la connaissance de la chimie normale ; une science nouvelle a pour ainsi dire pris naissance : le chimisme stomacal et tout le monde s'accorde à reconnaître que, dans la plupart des cas, les dyspepsies sont des opérations digestives défectueuses, selon une formule célèbre du profes-

seur, on a accordé une valeur prépondérante à l'acide chlorhydrique stomacal. On savait bien que la pepsine joue le rôle principal dans la digestion, mais on a vu, d'un autre côté, que cette enzyme est très peu près inerte lorsque l'acide chlorhydrique stomacal n'est pas en quantité suffisante et l'on a été jusqu'à dire que la digestion n'est possible que si l'acide chlorhydrique existe et que ce dernier seul est nécessaire à la digestion. C'est évidemment là une exagération fâcheuse. Il n'est pas grand physiologiste pour soutenir que tous les éléments du suc gastrique sont nécessaires à la digestion. Aussi depuis quelques années on cherche à introduire artificiellement la pepsine dans le traitement des symptômes qui pouvaient faire supposer son absence dans le suc gastrique.

En tenant compte de la valeur de l'acide chlorhydrique dans les phénomènes de la digestion, on commence à revenir sur la nécessité de l'administration des ferments, et l'on peut dire que nombre de praticiens ont cessé d'avoir recours, le cas échéant, à la pepsine. Ce fait a conduit à en avoir prescrit quelquefois pour recevoir les malades, qui, souvent, se refusent à accepter un médicament dont l'odeur est loin d'être agréable et l'action si peu régulière.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

ous, nous avons renoncé à son usage pour employer à l'usage médical la pepsine végétale, c'est-à-dire la papaïne, les indications ne sont pas assez connues.

Le papayer (*Carica papaya*), de la famille des cucurbitacées, contient un suc laiteux chargé d'une grande quantité d'albumine. Wurtz obtint la papaïne soluble dans l'eau et elle est un ferment dont l'action était identique à celle de la pepsine animale.

De nombreuses expériences ont été faites pour déterminer l'énergie du ferment de la papaïne et fixer son mode d'action. A la température de 37° C., la papaïne digère l'albumine ; soumise pendant cinq heures à l'action, la viande prend un aspect gélatineux dû à l'absence de digestion ; si on laisse l'action se prolonger, la digestion continue et devient parfaite en moins de deux heures. L'albumine d'œuf, le gluten, les graines des légumineuses, après macération dans l'eau, sont digérés rapidement en quelques heures. Le lait, qui est d'abord coagulé, puis la caséine précipitée se redissout de nouveau comme dans la digestion ordinaire sous l'influence de

la même papaïne sur la pepsine animale l'avantage d'agir en milieu faiblement alcalin et d'être difficilement corrompue. On sait que la pepsine exige, pour exercer son action sur les albuminoïdes, l'intervention de l'acide chlorhydrique.

Wurtz, la papaïne peut dissoudre jusqu'à mille fois son poids de fibrine. C'est, en effet, sur celle-ci que ce ferment commence à agir en même temps qu'interviennent des phénomènes d'hydrolyse. La fibrine est transformée en peptone non précipitable par l'acide trichloracétique, comme cela a lieu dans les bonnes digestions gastriques. La digestion est parfaite.

Les indications thérapeutiques ont suivi ces expériences physiologiques. Les premiers essais cliniques ont confirmé en tout point ce que la physiologie laissait entrevoir. Il y a longtemps déjà que les médecins ont été à même de contrôler l'action catalytique de la papaïne sur les albuminoïdes et son emploi s'est bien vite généralisé. Dans les cas d'appétit défaillant, supprime toute répulsion pour les aliments, car les aliments se trouvent digérés, quelle que soit la nature chimique de ceux-ci. Dès lors, il devient inutile de prescrire cet acide chlorhydrique. On a quelque peu abusé ces derniers temps. La pepsine,

hautes doses et avec la participation de l'acide papain, au contraire, réussit à faibles doses et son action est plus efficace que celle de la pepsine, dont la composition chimique et la préparation employée et les substances qu'on

ont fait remarquer divers auteurs, l'organisme s'habitue à cette assuétude qui rompt tout pouvoir médicamenteux. On n'en est que plus parfaite et ne fait que se rapprocher de l'eupépsie physiologique. Rien d'étonnant, donc, que la papaine supprime les vomissements et les diarrhées, guérisse l'atonie intestinale, supprime les flatulences, s'étend, en effet, sur toutes les dyspepsies gastriques. Elle présente aussi les meilleurs avantages de l'emploi de la pepsine dans les troubles gastro-entériques chez les enfants. D'autre part, elle agit dans les troubles dyspeptiques et dans les affections du tube digestif chez les adultes, dans l'athrepsie, la lientérie, ainsi que dans la dyspepsie simple chez les enfants, et agit très rapidement.

La papaine se trouve indiquée dans tous les états dyspeptiques secondaires dans lesquels les éléments essentiels de la digestion sont en défaut ou bien se trouvent en quantité insuffisante : les gastrites, gastralgies, digestions lourdes, entérites, etc., etc.

La papaine bien préparée est admirablement supportée et agit bienfaisamment sur la digestion par la disparition des troubles qui accompagnent la dyspepsie.

Un grand nombre de médecins préfèrent la papaine à l'acide papain, le peptogène selon Corvisart, faite, en outre, de la papaine un véritable remède utile contre les maladies débilitantes, les convalescences, le rachitisme, etc.

En rapide esquisse, je crois devoir rappeler à nos lecteurs que les préparations de papaine ont été plus que spécialisées, et sont monopolisées par M. Trouette-Perret, pharmacien.

Trouette-Perret, destiné de préférence aux enfants, est administré à la cuillerée à café après chaque repas, est très bien supporté, n'a aucune action offensive ni irritante sur les muqueuses. L'élixir de papaine Trouette-Perret, dosé d'un verre à liqueur après chaque repas,

est à tout le moins ~~assez~~ très agréable, et possède une puissante ~~action~~ dans la plupart des formes de dyspepsies. Le vin ou ~~la solution~~ convient à ceux qui ne peuvent prendre ni le sirop, ni ~~les autres préparations~~. Ces préparations, que nous signalons à l'attention ~~de tous les praticiens~~, sont toujours exactement dosées. En recom-
mandant ces produits, je n'entends point déprécier les produits de ~~culture~~ ; mais, ainsi que l'a très bien dit l'un de nos distingués con-
frères « la spécialisation pharmaceutique s'impose absolument ~~pour tout~~ produit qui nécessite un outillage industriel spécial », et la ~~préparation~~ est dans ce cas.

D^r E. LASNIÉ.

* * *

69. — L'ablation des annexes au sixième Congrès des gynécologues allemands, par le D^r E. BAUDRON. — Le sixième Congrès des gynécologistes allemands, où, sauf une courte communi-
cation de Landau, il n'a pas été question du traitement des lésions
annexielles par l'hystérectomie vaginale, n'a pas été bien favorable à
la laparotomie sus-pubienne.

Martin, Dührssen, Schauta, Fritsch ont vanté les avantages de la
coeliotomie vaginale pour l'extirpation des annexes : « la voie vagi-
nale constitue certainement la méthode idéale, a dit Schauta ». « L'opération que je propose, a dit Dührssen, est préférable à la lapa-
rotomie parce qu'elle expose la malade à un danger moindre, lui
évite des suites opératoires pénibles et le port d'un bandage abdo-
minal. » Ainsi donc, ce fameux argument *cicatrice*, dont mon maître
Segond a signalé le premier toute l'importance, cet argument qui fit
sourire les adversaires de l'opération de Péan, est remis en discussion
et par qui, par les laparotomistes d'Outre-Rhin. « Sur mille laparo-
tomies faites à la clinique de Berlin et suivies pendant plusieurs
années (car l'éventration peut encore se produire au bout de deux ou
trois ans), je suis arrivé, dit Winter, à cette conclusion, qu'un tiers
environ des femmes opérées, soit 33 %, souffrent de hernies post-
opératoires. Avec la suture à étages, sur 212 femmes opérées à la cli-
nique d'Olshausen, 12 seulement, soit 5,6 %, ont présenté, jusqu'à
ce jour, des hernies plus ou moins volumineuses. » Pour atteindre ce
résultat, Olshausen a renoncé complètement au drainage qui crée à la
partie inférieure de la cicatrice un chemin tout tracé pour les hernies
ultérieures. Zweifel, qui pratique avec le plus grand soin la suture à

des fascias, observe encore des hernies dans la

malades sont-elles guéries au prix même d'une
Ecoutez Schauta : « Quand on peut suivre les
que temps on s'aperçoit que les résultats ne
satisfaisants. 56 % au moins des opérées ne
plaignent de leucorrhée, d'hémorrhagies, de
ite qu'il s'est formé dans le bassin des exsudats

ritsch, découragés par de tels résultats, ont mo-
pératoires : aujourd'hui ils enlèvent simultanément
nnexes par laparotomie. Je sais bien que Schauta
n totale, après coeliotomie, aux seuls cas d'ori-
mais ces cas ne sont-ils pas les plus fréquents ?
28 malades ainsi opérées sont absolument gué-
ent aucun des troubles que l'on rencontre si
les malades auxquelles on ne fait pas l'ablation
orte que Fritsch et Schauta, avec Baldy, Krug,
ir voie abdominale ? C'est, évidemment, comme
autre Pozzi à propos des chirurgiens américains
mer, qu'ils connaissent mal les ressources du
il. Le point capital, c'est qu'ils ont reconnu la
itérus pour obtenir une guérison complète.

discussion des gynécologues allemands réunis en
l ressort nettement : 1° que l'extirpation des
mie perd, de jour en jour, du terrain en faveur
oie vaginale, intervention qui supprime la cic-
es hernies consécutives ; 2° que la castration
la castration annexielle dont les résultats « sont
sants pour les opérées et pour le chirurgien

, je les trouve clairement posées dans les pre-
ns de mon maître Segond, sur l'opération de
son rapport du congrès de Bruxelles ; moi-même,
léfendues dans la thèse qu'il m'a inspirée. Mais
et de les voir formulées d'une façon aussi pré-
nistes allemands les plus autorisés et les plus
(*Gaz. méd. de Paris*).

70. — Le massage gynécologique dans la métrite parenchymateuse, par M. E. HUGON. — La métrite parenchymateuse est la suite ordinaire des phlegmasies aiguës de l'utérus lorsqu'elles sont d'origine puerpérale. Elle résulte en fait de l'analyse d'un trouble circulatoire produisant des exsudats, dont la conséquence est de déterminer un syndrome très complexe.

Le trouble circulatoire n'atteint pas seulement les capillaires, les artères et les veines. Il porte aussi son action sur le système lymphatique.

Il est vrai que les notions physiologiques que nous possédons sur la circulation de ce système étant assez restreintes, nous ne pouvons saisir que très peu les modifications qu'il subit sous l'influence de la maladie. Mais ces altérations ne sauraient être niées. Du reste, l'expérience établit l'existence.

En somme, dans toute métrite parenchymateuse, nous nous trouvons en face d'un trouble circulatoire primitif portant sur les vaisseaux sanguins et de l'autre sur les lymphatiques.

L'expérience de tous les jours prouve que, quel que soit le trouble atteint, un des meilleurs moyens de lutter contre cette détérioration de la circulation c'est le massage.

Il accélère la marche du sang, s'oppose aux stagnations, favorise les échanges nutritifs, favorise la résolution des exsudats, stimule l'activité de l'élément musculaire.

Il agit en un mot sur l'ensemble des tissus composant l'utérus, modifiant complètement la nutrition élémentaire.

Nous ne voulons pas exposer ici le tableau clinique de la métrite parenchymateuse. Il est trop connu des praticiens. Nous ne voulons pas non plus de montrer que cette entité pathologique expose la malade à des complications nombreuses au nombre desquelles il faut placer les *corps fibreux*.

Contentons-nous d'indiquer comment, dans notre pratique, nous procédons.

Le massage est d'ordinaire mal supporté dès les premiers jours, surtout si la malade est nerveuse, impressionnable.

Nous conseillons donc une grande prudence au début. Il faut pas décourager la patiente et de ne pas irriter l'utérus. Il faut que celui-ci fasse pour ainsi dire connaissance avec la main

de cas où la tolérance ne se soit pas produite au bout
lances.

ir que parfois les symptômes et en particulier la leu-
èrent au commencement du traitement pour s'atténuer
tôt disparaître.

MATRIÈRE. — Placer la malade dans le décubitus dorsal,
hies sur les cuisses et les cuisses sur le bassin.

sa droite. Introduire l'index seul, ou mieux (si c'est
ex et le médus de la main droite dans le vagin. Impri-
s *mouvements doux* pour commencer, puis progressive-
sur lui des *frictions* de plus en plus fortes et, enfin, un
issage. Dans cette succession de manœuvres, on doit
te absolu des phénomènes réactionnels de la malade, et
xiver l'action mécanique suivant le degré de sensibilité

e la main droite agit sur le col, *la gauche, placée sur la*
nale, exerce une action semblable et parallèle sur le
rus.

nce peut se prolonger 10 et même 15 minutes, et se re-
i ou trois fois par semaine, si la tolérance le permet.

ne de massages ont raison des cas les plus mauvais.

outer que les précautions antiseptiques sont ici comme
ervention gynécologique d'absolue nécessité.

(*Rev. clin. d'andrologie et de gyn.*)



la vapeur d'eau chaude dans le traitement
ons utérines. — M. le Dr L. PIVCUS (de Dantzig) a
vapeur d'eau chaude, suivant le procédé déjà employé
V. Snéguirew, professeur de gynécologie à la Faculté de
Moscou, un cas de cancer inopérable de l'utérus, trois
trite fongueuse, cinq cas d'endométrite cervicale et un
trite puerpérale putride.

employé par notre confrère se composait d'une petite
nie d'une soupape de sûreté (celle d'un inhalateur à va-
mple), communiquant, au moyen d'un tube en caout-
pable de résister à une température de 100° avec une
utérine. Celle-ci présentait à son extrémité trois fentes

longitudinales de cinq centimètres, destinées au passage de la vapeur d'eau et, près de son pavillon, deux petites tiges s'adaptant à un manche de bois, au moyen duquel on pouvait tenir la canule sans risquer de se brûler les mains.

Chez toutes les malades, à l'exception de celle qui était atteinte d'un cancer de la matrice, le col était préalablement dilaté au moyen de gaze iodoformée ou d'un dilateur utérin.

Dès que l'eau entrait en ébullition, M. Pincus enlevait la lampe à esprit-de-vin, introduisait la canule dans l'utérus, puis remplaçait immédiatement la lampe sous la chaudière. De cette façon il parvenait à éviter presque complètement la douleur qui se produit lorsqu'on introduit la canule pendant qu'elle laisse échapper la vapeur d'eau.

Chez la malade cancéreuse, chaque fois que le jet de vapeur commençait à pénétrer dans la matrice, on voyait s'écouler une quantité notable de sang et de liquide sanguinolent, charriant de nombreux grumeaux et flocons. Au bout de trente à quarante-cinq secondes, M. Pincus retirait d'abord la lampe de dessous la chaudière, puis il enlevait la canule utérine; celle-ci était recouverte de caillots noirâtres, fortement adhérents et qui obstruaient les orifices de l'instrument. Au cours de la séance on voyait la soupape de sûreté se soulever à plusieurs reprises, puis retomber lorsqu'on imprimait à la canule intra-utérine des mouvements qui avaient évidemment pour effet de désobstruer les orifices de l'instrument bouchés par des caillots. De là découle la nécessité de munir toujours d'une soupape de sûreté l'appareil vaporisateur et de se servir de canules pourvues d'ouvertures suffisamment larges.

Quant aux effets thérapeutiques obtenus dans ce cas, ils ont été très satisfaisants; après chaque séance, les hémorrhagies et l'écoulement fétide disparaissaient et les douleurs diminuaient considérablement, résultat qui se maintenait pendant huit à onze jours à la suite de chaque application de vapeur d'eau chaude.

Dans les cas d'endométrite hyperplastique, ce traitement a également donné de bons résultats. L'application intra-utérine de vapeur d'eau était suivie au troisième jour d'un écoulement abondant qui détergeait la muqueuse utérine et s'arrêtait au bout de neuf à douze jours. Après plusieurs séances on obtenait la cessation des ménorragies. Cependant, chez une malade, ce mode de traitement provoqua des coliques utérines violentes, qu'on réussit à calmer par un badigeonnage de la cavité cervicale avec une solution de cocaïne.

Enfin, dans les endométrites cervicales et dans le cas d'endopuerpérale putride, les effets du traitement ont été également faibles. (Sem. mé



72. — De l'action antiseptique de l'électrolyse dans le traitement de la vaginite. (*Journal de méd. de Paris*, et 30 décembre 1894.) — Le Dr Le Blond et son interne M. Lévy expérimentent, à Saint-Lazare, sur des femmes atteintes de vaginite, l'efficacité du courant de pile : ce dernier est antiseptique, facile à doser et à manier. L'anode, entourée d'un tampon d'ouate et introduite dans le vagin rempli d'eau salée, décompose les liquides vaginaux, détruit les microbes et provoque une abondante sécrétion qui évacue les organismes cantonnés au fond des culs-de-sac glandulaires. Dans certains cas, les auteurs ont pu atteindre des intensités de 175 milliampères sans provoquer de douleurs ou d'eschares. C'est le positif, le seul antiseptique pour Apostoli qui a constamment été en contact avec le vagin. Il a fallu en général deux et rarement trois semaines (cinq à treize séances, intensité variant entre 25 et 80 milliampères) pour obtenir une guérison complète et permanente de la vaginite, aiguë, subaiguë ou chronique. Jamais on n'observe de complications et la douleur est nulle. On peut ainsi augmenter l'intensité du courant jusqu'au moment où la douleur apparaît (névralgies du pôle négatif, etc.). Pas d'eschares, de fatigues ou d'étourdissements, de dérangement dans les règles.



73. — Quelques cas de massage gynécologique. M. Colson, après avoir donné les résultats de sa pratique et fait l'historique de cette question intéressante, recommande vivement le massage gynécologique mis en honneur par THUNE BRANDT. Il a obtenu pas mal de guérisons, plusieurs améliorations et quelques succès. Il a recours à ce procédé spécial dans le catarrhe du col, l'endométrite hémorragique, les oophoro-salpingites, le ballonnement abdominal, la dysménorrhée, les déviations de l'utérus, les prolapsus de l'utérus et les exsudats quand ils ne sont pas trop abondants, non volumineux, et s'il n'existe pas des phénomènes inflammatoires. Les diabétiques supportent bien le massage gynécologique appliqué avec prudence. (Soc. méd.-chir. de Liège, 6 juin 1894)

FORMULAIRE

Traitement des ectropions par la galvanisation du canal

(JULES CHÉRON.)

Dans certains cas d'ectropion du col, de petit volume, on peut obtenir une guérison complète, en un temps relativement court, par un mode spécial de galvanisation du canal cervical, qui est le suivant.

Un excitateur métallique conique, flambé et recouvert d'une couche d'ouate hydrophile aseptique, imbibée d'eau, est mis en contact avec le pôle positif d'une batterie de piles à courant continu. L'excitateur est introduit dans le canal cervical jusqu'à 2 centimètres de profondeur environ, le col ayant été mis à nu à l'aide du spéculum. Le pôle négatif aboutit à un large excitateur placé sur la paroi périminéale, au-dessus du pubis. L'intensité du courant est progressivement augmentée jusqu'à 20 milliampères et la durée de chaque séance doit être d'une dizaine de minutes.

On fait une séance tous les deux jours.

Douze à vingt séances suffisent à produire la guérison, les ectropions sont de moyen ou de petit volume.

Dès les premières séances, on obtient une décongestion du col avec disparition rapide des douleurs et diminution de la leucorrhée cervicale. Il convient du reste d'associer à la galvanisation le traitement topique habituel de l'endocervicite et d'y adjoindre l'emploi des pansements vagino-cervicaux que nous avons décrits dans nos précédents numéros.

Si, comme cela est fréquent, l'endocervicite s'accompagne de prolapsus (utéroptose), on obtient le relèvement du col en terminant la séance d'électrisation du canal cervical par quelques minutes d'intermittences rythmées du courant continu.

Directeur-Gérant, Dr J. CHÉRON.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

REVUE

CHIRURGICALE

DES

DES FEMMES

DE GYNÉCOLOGIE

DES ALLEMAND DE GYNÉCOLOGIE.

la Société allemande de Gynécologie
5 au 7 juin 1895 ; nos lecteurs en
du dans une autre partie de ce journal,
ous, dans cet article, à la discussion de
ent d'être mis tout particulièrement en

d, la conclusion faite par FRITSCH, rap-
aitement des ruptures utérines : « S'il
e de conduite générale, c'est-à-dire
dans tous les cas de rupture ou si l'on
e crois que l'on pourrait dire que ceux
trouvent encore mieux que ceux qui
marque bien intéressante et qui s'ap-
res lésions qu'à la rupture utérine !
ait la mortalité exacte de tous les fibrô-
celle de tous les fibrômes traités par
mais là n'est pas la question.

ent les paroles suivantes de M. SCHAUTA
t les résultats éloignés de l'extirpation
s Femmes. — JUILLET 1895. 25

des annexes : « Quand on peut suivre les opérées pendant quelque temps, dit-il, on s'aperçoit que les résultats ne sont rien moins que satisfaisants : 56 % au moins ne sont pas guéries et se plaignent de leucorrhée, d'hémorrhagies, de douleurs, et l'on constate alors qu'il s'est formé dans le bassin des exsudats plastiques ou des adhérences de la vessie, de l'utérus, des pédicules avec les parois pelviennes ou abdominales ; ces adhérences sont épaisses, dures, et lorsqu'on les rompt on trouve presque toujours au centre une petite goutte de pus ; les déviations utérines sont aussi très fréquentes après ces opérations. J'ai donc vu beaucoup de ces malades continuer à souffrir après l'intervention, et le découragement envahit en même temps les opérées et le chirurgien. » Aussi M. SCHAUTA préfère-t-il désormais, dans les cas graves d'affections pelviennes d'origine gonorrhéique réclamant la laparotomie, faire l'extirpation simultanée de l'utérus. Très sagement et en bon clinicien, il se refuse à extirper l'utérus dans les autres cas, non gonorrhéiques, voulant laisser à la femme ses facultés de reproduction. — Il est bien certain que les infections gonorrhéiques sont les plus difficiles à traiter par les méthodes conservatrices, non pas qu'elles ne puissent très bien guérir ainsi (l'observation sans parti-pris le démontre chaque jour), mais les récidives sont toujours à craindre, surtout dans la clientèle d'hôpital, alors que le mari contagionnant (ou tout autre contagionnant que le mari) ne peut être soumis à une cure parallèle et aussi complète. Les récidives ne prouvent nullement l'inefficacité de la gynécologie conservatrice, mais elles lassent les médecins tout autant que les malades ; aussi, pour notre part, malgré toutes nos préférences pour la conservation, admettons-nous parfaitement, dans ces conditions, la nécessité de l'ablation complète de l'utérus et des annexes.

La fréquence des éventrations après la laparotomie mérite de retenir l'attention, car il s'agit là d'une infirmité vraiment

pénible à laquelle on ne doit exposer une malade que pour des causes tout à fait graves. « D'après mes recherches sur la fréquence des hernies ventrales survenant après la laparotomie, dit M. WINTER (de Berlin), et en me basant sur une série de 1,000 opérations faites à la Clinique de Berlin, je suis arrivé à ce résultat qu'un tiers environ des femmes souffrent de hernies post-opératoires ; mais, pour arriver à cette proportion élevée, il faut pouvoir suivre les malades de longues années après l'intervention, car la hernie peut encore se produire au bout de deux ou trois ans. » C'est un argument sérieux, quoi qu'on en ait dit, en faveur de la voie vaginale, toutes les fois que cette voie est possible.

L'endométrite, son étiologie, sa symptomatologie, son traitement ont été l'objet d'une longue discussion, souvent confuse et trop touffue. Le rapport de M. VON WICKEL en particulier, vous ramène à vingt ans en arrière avec le groupe des endométrites simples, c'est-à-dire, d'après l'auteur, les endométrites d'origine non bactérienne qu'il divise en : *a*) endométrite due à des troubles circulatoires ; *b*) endométrite par intoxication ou par infection générale ; *c*) endométrite post-abortum ou déciduale ; *d*) endométrite exfoliative. Qu'on admette des congestions utérines chroniques ayant une origine aseptique, non microbienne ; qu'on veuille distinguer la sub-involution simple (si tant est qu'elle existe) des lésions inflammatoires et septiques post-partum ou post-abortum, rien de mieux ; mais il faut alors les mettre franchement hors du cadre des métrites. Supposer que les imprudences commises pendant les règles peuvent, en l'absence de toute infection, créer de vraies endométrites, c'est encore revenir aux vieux errements de jadis ; enfin, dire que la chlorose, la maladie de Bright, la morphinomanie et l'hystérie sont des causes d'endométrite, de même que les affections cardiaques et pulmonaires, n'est-ce pas retomber à plaisir dans l'obscurité des vieilles conceptions étiologiques banales et

désormais vides de sens. Je croyais qu'il n'y avait plus que quelques homœopathes arriérés qui comprenaient de cette façon l'endométrite.

M. DODERLEIN (de Leipzig) met en relief, de la façon la plus judicieuse, l'importance de l'endométrite puerpérale : « Mes recherches personnelles, dit-il, m'ont démontré que les formes très graves, mortelles, de l'infection puerpérale ont toutes l'endométrite septique pour point de départ. Dans tous les cas où, chez les femmes mortes de fièvre puerpérale, j'ai pu pratiquer l'examen microscopique et bactériologique de l'intérieur de l'utérus et des tissus utérins, j'ai pu constater la présence de micro-organismes infectieux dans la muqueuse, dans la musculature, dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques de l'utérus. J'estime donc qu'il faudra accorder dorénavant à l'endométrite septique une importance beaucoup plus grande qu'on ne l'a fait jusqu'à présent, car elle en a non seulement en tant qu'affection locale, mais encore comme point de départ des formes les plus graves de l'infection puerpérale. » Rien de plus logique et de plus exact ; ce sont là du reste des idées généralement admises en France, depuis sept à huit ans, et l'on sait le parti que les accoucheurs instruits savent retirer de l'emploi du curettage dans les infections puerpérales attaquées en temps utile.

Il faudrait citer presque intégralement le rapport de M. WERTHEIM (de Vienne) sur la gonorrhée utérine. Nous renvoyons nos lecteurs au compte rendu des Sociétés savantes, mais non sans insister sur l'importance de la remarque qui termine ce rapport sur la cause des exacerbations irrégulières que l'on constate, de temps en temps, dans le cours de la gonorrhée utérine : « Bien des cas d'exacerbation ne sont autre chose qu'une nouvelle infection. » Nous en voyons tous les jours des exemples ; et non seulement le fait est vrai pour les exacerbations d'endométrite, mais aussi pour les exacerbations de salpingite

blennorrhagique ; nous avons observé plus d'une fois de prétendues exacerbations de salpingite qui n'étaient que des réinfections... *Et nunc erudimini...*

Jules BATUAUD.

ÉTUDE DU CORSET

au point de vue de l'hygiène du vêtement de la femme

Par Mme le D^r GACHES-SARRAUTE (1).

—

En abordant l'étude si complexe du vêtement de la femme, à notre époque, au point de vue de l'hygiène, je me propose de passer en revue toutes les parties de ce vêtement dont l'action peut avoir une influence sur la santé. J'entreprends une tâche très lourde, très difficile, mais le moment me paraît opportun. La femme a entrevu la possibilité de modifier son genre de vie, elle veut prendre part aux travaux et aux exercices physiques des hommes ; d'autre part, elle est incommodée par le vêtement actuel, elle est malade, et, par suite, prête à en accepter les modifications. Je saisis cette heureuse disposition, convaincue qu'on ne peut rien faire pour les femmes qu'avec leur propre assentiment, et je serai heureuse si mon travail, basé sur des données scientifiques et physiologiques, est apprécié du corps médical et des hygiénistes, car il me sera alors beaucoup plus aisé de lutter contre la mode et les préjugés qui ne tiennent aucun compte des besoins de notre organisme.

Mon premier chapitre aura pour objet l'étude d'un appareil qui joue un rôle considérable dans la toilette féminine et duquel dépendent, pour ainsi dire, toutes les autres parties du vêtement. Je veux parler du corset ; c'est lui qui fera l'objet de ma communication.

Je ne referai pas l'historique de cette pièce du vêtement, ce serait d'un intérêt purement archéologique ; je me bornerai à vous dire qu'il ne fut inventé que pour parer la femme, que son origine est fort ancienne et, qu'au début, il avait une forme très simple, c'était un bandage plutôt qu'un corset. Par la suite, il a

(1) Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle.

MÉMOIRES ORIGINAUX.

une série de modifications dans la forme et dans l'exécution, mais son but est resté le même. Si, pour remplir ce but, il a été construit de façon à respecter le bon fonctionnement des organes, il ne serait venu à l'idée de personne de le critiquer ; mais sous le prétexte d'en faire un objet de parure, on l'a transformé de telle façon qu'il est devenu un instrument meurtrier aux yeux des femmes doivent une foule d'infirmités et, bien que ces infirmités s'aggravent tous les jours, les femmes s'obstinent à se servir de cet appareil dont elles reconnaissent cependant tous les dangers. Je parle ici de la généralité, car je me plais à constater que quelques femmes instruites, intelligentes ou bien dirigées, ont cessé d'être à porter des corsets moins défectueux, inoffensifs peut-être, mais celles-ci sont en très petit nombre et appartiennent toutes à la classe aisée. Les autres, pour des raisons d'économie, ou par ignorance, ou tout simplement parce qu'il n'existe rien de mieux à leur portée, ont adopté l'appareil que je vais décrire et qui est sans doute le plus dangereux qu'on l'impose déjà à la jeune fille pendant la période de son développement. Beaucoup de femmes sont atteintes à l'âge adulte, parce que leur jeunesse a été mal dirigée ; il est donc de notre devoir d'intervenir. J'entreprends la tâche après beaucoup d'autres. Serai-je plus heureuse que mes prédécesseurs ? Je ne sais. Mais lorsqu'une pratique est mauvaise, il faut la combattre sans trêve jusqu'à ce qu'elle soit réformée et remplacée. Essayons donc d'indiquer aux femmes de quelle façon elles doivent s'habiller pour conserver leur forme normale et se porter bien, ces deux conditions étant solidaires.

Je m'attacherai à rechercher : 1° si le corset est indispensable ; 2° si l'appareil en usage est réalisé d'une façon rationnelle ; 3° enfin, s'il est défectueux, dans quel sens on devra le réformer.

On nous a donné le costume que portent actuellement les femmes dans les pays civilisés, costume auquel nous ne pourrions de longtemps faire subir de sérieuses modifications, j'estime qu'une réforme de corset est vraiment nécessaire. Quelle que soit leur forme, quels que soient les défauts qu'ils présentent, tous les corsets remplissent une importante fonction qui explique leur usage général : ils servent à fixer la partie inférieure du vêtement de femme. A l'encontre des voiles antiques dont le poids était supporté par les épaules, notre vêtement se divise en deux parts

qui se rejoignent au niveau de la taille. La partie supérieure, le corsage, repose encore sur les épaules ; mais la partie inférieure, jupes, jupons, pantalons, prend son point d'appui au-dessus des crêtes iliaques par l'intermédiaire de liens multiples et forcément serrés. Ces liens constituent une gêne sérieuse s'ils ne sont séparés de la peau que par une mince étoffe. Rigides, ils sont coupants ; souples, ils s'enroulent sur eux-mêmes et tendent à se creuser un sillon dans la région sur laquelle ils s'appuient. Il en résulte une constriction qui devient une véritable souffrance, et c'est pour obvier à ce grave inconvénient que furent créés les ceintures, puis le corset. Il me paraît donc indispensable d'interposer entre le corps et la ceinture des jupes, au niveau de la taille, une sorte de justaucorps d'un tissu suffisamment rigide, soit par lui-même, soit artificiellement, pour atténuer la gêne provoquée par la constriction des liens. A ce point de vue, le corset possède une réelle utilité et cette seule raison me le fait considérer comme un objet indispensable à la toilette féminine. Je dis le corset et non simplement une ceinture épigastrique, parce que, ainsi que je le montrerai plus loin, il est absolument nécessaire de contre-balancer les effets d'une constriction limitée à la taille.

Mais le corset adopté de nos jours sert-il simplement de soutien pour les vêtements inférieurs et est-il réalisé d'une façon rationnelle ?

La fonction de soutenir les jupes n'est pas la seule pour laquelle le corset est en usage actuellement ; sa disposition démontre qu'on se propose, en même temps, de maintenir les seins, d'amincir la taille et de comprimer les parties molles situées immédiatement au-dessous. Or, je ne crois pas qu'on puisse exiger ces multiples services d'un appareil rigide et je vais étudier ceux que l'on peut demander au corset, en dehors de son rôle de trait d'union pour les vêtements, sans violer les règles de l'hygiène et sans nuire à la santé.

Prenons pour point de repère, dans la description de cet appareil, la partie épigastrique du corset et admettons qu'elle recouvre l'espace situé entre les fausses côtes et les crêtes iliaques ; elle entoure le corps en présentant une largeur uniforme. Nous nommerons partie abdominale la portion du corset située au-dessus. Nous n'aurons pas à nous occuper du dos du corset, car il correspond sur une grande étendue à des surfaces fixes ; nous

devons observer cependant qu'il immobilise l'insertion postérieure des fausses côtes et empêche le redressement du corps. C'est la région antérieure qui retiendra toute notre attention. Elle se trouve en contact, sur toute sa hauteur, avec des parties molles plus ou moins indépendantes les unes des autres par leur rôle physiologique. Peut-on immobiliser toute cette surface à l'aide du même appareil, en établissant une sorte de séparation au niveau de l'épigastre, séparation déterminée par un lien constricteur ? Evidemment non. La région épigastrique, en effet, doit faire cause commune avec la région abdominale parce que toutes deux font partie d'une même cavité, la cavité abdominale. Il ne faut pas qu'un lien les sépare, les isole l'une de l'autre. Par conséquent, si l'on interpose une ceinture épigastrique pour soutenir les jupes, c'est à la condition que cette ceinture ne serre pas en avant du corps, mais qu'elle se continue vers le bas et soutienne le ventre dans toute son étendue. Voilà un premier fait établi.

Nous n'accorderons pas la même utilité à la partie supérieure du corset. Depuis la région épigastrique jusqu'aux seins, il existe une série de viscères qui ont tous besoin d'une grande liberté pour leur bon fonctionnement, ils n'appartiennent pas aux mêmes appareils, remplissent des fonctions différentes et ne sont point situés dans la même cavité. Leur capacité augmente ou diminue à chaque instant en hauteur et en largeur. Les parois osseuses même qui les environnent sont mobiles ; il serait illogique de les immobiliser. Si nous les emprisonnons dans un appareil rigide partant des seins et se reliant à la taille nous luttons contre les lois de la nature. Je conclus donc, d'après ces données, que s'il peut y avoir solidarité entre la région épigastrique et la région abdominale, il y a une indépendance absolue entre cette même région épigastrique et la région thoracique. C'est pourquoi je pense qu'on ne doit pas utiliser le corset pour soutenir les seins, mais qu'il faudrait l'adapter seulement aux deux seules fonctions qui me semblent utiles et que je considère comme indissolublement liées : le soutien des vêtements et la contention des organes abdominaux.

L'examen de la disposition et du fonctionnement des organes contenus dans ces deux cavités justifie cette opinion. Est-il besoin de rappeler que la cage thoracique qui recouvre le cœur et

les poumons doit augmenter ses dimensions transversales pour l'inspiration ? Toute gêne apportée à cette ampliation a pour conséquence une diminution dans la dilatation des poumons et, partant, dans la quantité d'oxygène introduite dans l'organisme.

Le corset actuel, qui s'élève jusqu'aux seins, enserrant la cage thoracique jusqu'à ce niveau, a pour premier effet d'empêcher toute augmentation de diamètre dans les parties qu'il recouvre. Il diminue donc l'action respiratoire. C'est pour parer partiellement à cet inconvénient que les femmes qui portent des corsets exagèrent la respiration costale supérieure ; sans corset la femme respirerait comme l'homme. La compensation n'est pas absolue d'ailleurs ; car s'il peut y avoir équivalence au point de vue de la quantité d'air introduite à chaque inspiration, il n'en est pas moins vrai que les bases des poumons ne subissent que peu ou pas de variation et que, par suite, le renouvellement des gaz ne doit pas être aussi complet que lorsque ces organes peuvent changer de volume dans toute leur étendue. Je n'insisterai pas sur ces inconvénients souvent signalés ; je ferai remarquer seulement qu'il deviennent beaucoup plus sensibles lorsque la femme a des efforts à exercer, un travail mécanique à produire, ce qui nécessite une grande consommation d'air.

Mais la constriction du thorax par le corset n'a pas seulement pour effet fâcheux de gêner la respiration, elle agit encore indirectement sur tous les organes du tube digestif. Nous allons le démontrer.

Admettons un instant que notre corset, représenté par un lien imaginaire, s'applique seulement sur la région épigastrique telle que nous l'avons définie. Nous le serrons à la façon d'une ceinture. Ce lien, chez une femme saine et de moyen embonpoint, passera au-dessous de l'estomac, du foie et des reins, en laissant ceux-ci dans l'espace libre qui s'étend de la taille aux fausses côtes ; cet espace est considérable dans l'espèce humaine et il est augmenté par la cavité du diaphragme. Si nous comprimons la région dans laquelle se trouvent ces organes, ainsi que la région thoracique inférieure, nous rétrécissons la partie supérieure de la cavité abdominale en en diminuant la voûte. L'immobilisation naturelle des côtes et l'immobilisation artificielle des fausses côtes ne laissent à la cavité thoracique que la ressource d'abaisser le diaphragme qui est nécessairement mobile.

Les viscères abdominaux, pressés concentriquement à leur partie supérieure et n'ayant plus l'espace épigastrique pour se développer, sont forcés de descendre et de faire saillie au-dessous du lien. Les résultats de cette constriction, résultats que nous constatons tous les jours, sont les suivants :

L'estomac, par sa partie supérieure, orifices et petite courbure est fixe. Sa grande courbure, au contraire, est douée d'une grande mobilité. Au moment des repas, les aliments sont introduits à l'aide de contractions de l'œsophage et par leur propre poids

Pendant la digestion, la partie antérieure de l'estomac se rapproche de la paroi abdominale sur laquelle elle prend un point d'appui pour exécuter ses mouvements physiologiques ; mais lorsque l'expulsion des aliments doit se faire, la région pylorique se trouve au niveau de la compression. L'estomac est alors forcé de lutter et cette lutte n'étant pas dans son rôle, il se fatigue, les aliments séjournent plus longtemps qu'il ne convient dans sa cavité, ils y subissent, par le fait de ce retard, des fermentations anormales, l'estomac se dilate et se déforme (1), son bord inférieur s'abaisse et il en résulte toutes les conséquences fâcheuses, bien connues maintenant depuis les travaux de M. le professeur Bouchard.

J'insiste sur ce point : les deux orifices de l'estomac sont comprimés, les mouvements physiologiques de cet organe sont gênés par la pression directe du corset et ces deux actions combinées s'opposant au rôle de ce viscère qui a besoin pour son bon fonctionnement de changer de volume et d'avoir de l'espace pour se développer, de ce viscère qui ne peut pas lutter contre les résistances mécaniques que nous lui appliquons, ces actions combinées, dis-je, entraînent des troubles graves des fonctions digestives et, par suite, de la nutrition générale. Il en résulte encore, par le fait de l'abaissement de l'estomac qui vient à loger au-dessous du corset, une augmentation de volume du ventre avec distension exagérée de la paroi abdominale lorsque les femmes sont vigoureuses, ou flaccidité lorsque leur santé est trop altérée. Si j'ajoute à cela les constipations opiniâtres surtout fréquentes chez les femmes et que j'attribue à l'usage du corset, les borborygmes qui se produisent lors d'un effort resp

(1). Voir à ce sujet : CHARRIÉ, De l'estomac biloculaire, *Thèse de doctor* 1894, Toulouse.

ratoire, en montant un escalier, par exemple, et, du côté des organes génitaux, l'abaissement de l'utérus, je crois que le tableau sera suffisamment complet.

Ce n'est pas tout, la constriction exercée par le corset a également une influence sur le déplacement des reins, surtout du rein droit. En raison de ses rapports anatomiques, cet organe se trouve immédiatement intéressé. Il est en contact, en arrière, avec le diaphragme, qui le repousse lors de son abaissement, et, en avant, avec le foie, organe compact, incompressible qui le refoule en arrière. Ces compressions se produisent l'une et l'autre dans les deux sens, vertical et horizontal, et le rein se trouve forcément énucléé. Le même effet ne se produit pas également à gauche, car le rein gauche n'est en contact qu'avec la grosse tubérosité de l'estomac qui se laisse aisément déprimer ; et c'est ce qui explique la fréquence des ectopies seulement à droite.

Je ne voudrais pas exagérer et prétendre que le corset cause toujours des déplacements du rein et qu'il les cause seul ; je conviens que certains efforts violents, ceux qui se produisent pendant l'accouchement, en particulier, ainsi que le vide laissé par l'expulsion foetale, peuvent avoir une influence réelle sur la production de ces déplacements, mais je ferai remarquer que les ectopies rénales se rencontrent aussi souvent chez les jeunes filles que chez les femmes qui ont eu des enfants, et que, d'autre part, ces ectopies s'accompagnent toujours de troubles gastriques, de dilatation et d'abaissement de l'estomac. Je puis donc, sans m'avancer trop, attribuer dans beaucoup de cas, ces actions néfastes au corset. Je crois en outre, étant donné que l'intégrité du tube digestif est indispensable au bon état de santé, qu'on attribue souvent à tort tous ces désordres à une maladie essentielle, tandis qu'il serait la plupart du temps bien plus logique de renverser la proposition et d'incriminer le mauvais état de nos fonctions nutritives, au lieu d'en accuser des désordres nerveux.

N'ayant eu en vue jusqu'ici que les effets produits par une constriction de l'épigastre et du thorax, je n'ai pas parlé de l'effet direct du corset sur le ventre. A ce sujet qu'il me soit permis de faire une comparaison.

Le fait de la constriction épigastrique, en resserrant la partie supérieure du ventre, donne à celui-ci une forme globulaire. Le

MÉMOIRES ORIGINAUX.

et descend assez pour appuyer sur toute la partie supérieure du globe jusqu'à son point le plus saillant. Il est inutile de montrer que ces effets se surajoutent aux précédents, en les ayant ; on comprend que les viscères comprimés en haut par une constriction horizontale, le sont également vers le bas par une pression verticale ; il leur serait difficile de résister à ces actions combinées toutes en vue de leur abaissement.

Je crois avoir démontré que le corset, tel qu'on le fait actuellement, est un instrument dangereux. Les femmes l'adoptent dès un jeune âge, pendant la période de leur développement ; il donne à leurs fonctions nutritives une mauvaise direction, dont elles se ressentent toute leur vie. J'irai plus loin et je prétends que, s'il altère les formes au point de vue esthétique, il diminue la force naturelle de la taille et empêche le redressement de la colonne vertébrale.

En avant, il rétrécit la région épigastrique et rapproche le sternum de la taille de telle façon que la face antérieure du corps se curve et devient concave jusqu'au moment où le développement des seins et la proéminence du ventre lui donnent une forme tout à fait spéciale et qui n'a rien de commun avec la beauté. En un mot, il immobilise le buste dans une attitude vicieuse. Cette coutume est un vestige des usages barbares ; je ne saurais mieux la comparer qu'au pétrissage de la tête des enfants pour empêcher des déformations crâniennes, ou bien encore à l'emprisonnement des pieds chez les femmes chinoises. Certaines parties du corps ont besoin d'être libres, laissons-les libres, et que la santé, la souplesse, le libre développement soient considérés comme le critérium de la beauté.

Après avoir critiqué le corset actuel, je vais indiquer les modifications qu'il y a lieu d'y apporter. Je me crois autorisée à le dire. Il y a dix ans que je cherche à me soustraire à la tyrannie de cet appareil, sans y parvenir. Aussi, n'ayant point réussi à trouver de corset entièrement satisfaisant, j'ai dû, moi-même, mettre à l'œuvre, et je suis parvenue, après nombreuses expériences et non sans peine, à tracer les règles qui doivent servir à la confection de ce vêtement. Les voici :

Le corset ne doit pas monter trop haut, de façon à ménager à l'estomac une place libre dans l'épigastre ;

« Son bord supérieur sera tenu un peu lâche pour permettre le mouvement aisé des côtes ;

« En arrière, il adoptera la cambrure de la taille, afin de ne pas gêner le redressement du corps ;

« En avant, il ne doit pas présenter de partie rétrécie au niveau de l'épigastre, de façon à ne pas couper, en quelque sorte, la cavité abdominale et à ne déplacer aucun viscère ;

« Enfin, il descendra jusqu'au pubis et s'appliquera à la paroi abdominale assez intimement pour tenir lieu de ceinture et présenter ainsi aux viscères abdominaux un point d'appui suffisant, soit à l'état de repos, soit dans les efforts que nécessitent les exercices violents. »

J'ajouterai qu'étant muni du plus petit nombre de baleines possible, il se transformera en un maillot plutôt qu'en une cuirasse.

J'ai fait l'expérience, je l'ai fait faire à d'autres, et je puis affirmer que si les femmes veulent bien sacrifier quelques centimètres de leur taille, il leur sera facile de s'affranchir de toutes les misères qu'elles doivent au corset.

Dans cette longue étude, je n'ai pas dit un mot du mode de soutien des seins ; le corset que je décris s'arrête bien au-dessous de ces organes et ne peut, par conséquent, leur servir de soutien. Cette abstention n'est nullement regrettable, car le fait d'emprisonner les seins dans des goussets imperméables, soit en raison du tissu employé, soit en raison du capitonnage dont on les remplit, a pour résultat de s'opposer à l'évaporation des sécrétions sudorales et, par suite, de diminuer la vitalité des glandes. Il est toujours fâcheux de gêner les échanges nutritifs dans un organe, et à plus forte raison, lorsqu'il s'agit des seins qui ont un rôle très important à remplir. Du reste, il sera très facile de les soutenir, s'il en est besoin, à l'aide d'une simple brassière en toile.

Les règles de construction que je viens d'établir ne me semblent point d'ailleurs incompatibles avec la beauté. A mon sens, les femmes les plus gracieuses, les plus élégantes, sont celles dont le corps est le plus souple, le plus droit, le plus librement développé.

Mon but serait atteint si ces indications pouvaient arriver aux oreilles auxquelles je les destine, c'est-à-dire aux femmes qui ont besoin de travailler pour gagner leur vie, à celles qui, re-

cherchant l'indépendance, veulent prendre part au g de l'homme et à ses exercices, aux mères de famille ont besoin de leur santé pour avoir des enfants dans conditions. Ne nous laissons pas de leur dire que la fait son temps. Ce sera un service à leur rendre que vrir les yeux sur les dangers qu'elles courent; et je vou de plaider avec moi pour qu'on enseigne l'hygiène a avec le soin et la sollicitude que comporte cet enseign

TECHNIQUE THÉRAPEUTIQU

(7^e article, voir les six numéros précédents.)

Des lavages intra-utérins par gynécolog

Par le D^r Jules CHÉRON, médecin de Saint-Laz
et le D^r Jules BATUAUD, ancien interne de Saint-L

Sommaire.— Indications des lavages intra-utérins : comme u terger la muqueuse utérine avant les applications modificati tiques ; comme moyen antiseptique, soit isolément, soit avan interventions intra-utérines ; comme moyen hémostatique ; et modificateur direct de la muqueuse (lavages iodés de Fré action décongestive et réductrice dans les sub-involutions.

Contre-indications : contre-indication absolue : le moindre grossesse, ou l'existence d'une affection néoplasique maligne. **Indications temporaires :** l'existence d'une lésion inflamm des annexes, la sténose des orifices. Les lésions annexielle ne contre-indiquent que l'abaissement de l'utérus à la vulv les cas, il vaut mieux faire le lavage sans abaissement.

Substances employées pour les lavages intra-utérins : eau b tions antiseptiques, acide borique, acide phénique, sublimé nate de potasse, acide picrique, etc. ; teinture d'iode, solutio rure de fer, etc.

Appareil instrumental : Tige de Blondel pour les cas où l'ut dilatable ; sonde de Bozemann-Fritsch, modification de Fr les lavages iodés ; sondes dilatatrices de Doléris, de Chér dln, etc.

Technique : Position de la malade : injection vaginale ; placu culum à crémaillère ; nettoyage du col ; introduction du l sion du liquide, etc.

Résultats obtenus dans les sub-involutions ; dans les endo compliquées de lésions des annexes ; dans les endométrites de lésions annexielles chroniques.

Depuis une douzaine d'années, les accoucheurs em lavages intra-utérins comme moyen prophylactique de

MÉMOIRES ORIGINAUX.

puerpérale et comme moyen thérapeutique dans les hémorragies post-partum et les accidents dus à la rétention des membranes et du placenta. Les excellents résultats obtenus par ce procédé, l'innocuité absolue de cette pratique entre les mains expérimentées ont engagé les gynécologistes à l'employer à tout tour. Schröder surtout a contribué à vulgariser cette excellente méthode qui, bien que récente, mais déjà très perfectionnée, est destinée à rendre les plus grands services dans le traitement des affections utérines.

Les lavages intra-utérins sont un excellent moyen de débarrasser la muqueuse utérine avant les applications modificatrices caustiques dont l'effet est ainsi plus assuré et plus puissant. Ils sont d'un emploi courant avant le curettage, pour aseptiser la cavité utérine, et après cette opération pour entraîner les débris de muqueuse que la curette n'a pas ramenés à l'extérieur. On les utilise, dans le même but, dans les interventions cavitaires telles que extirpations de polypes fibreux, myomotomies, etc. et même de toute intervention chirurgicale, on les emploie pour faire avorter une infection utérine récente, comme certaines infections blennorrhagiques prises dès le début. Pratiqués avec des solutions chaudes (45° à 48°), ils sont un puissant moyen d'hygiène, dans les métrorrhagies qui ne sont pas sous le coup d'une affection maligne de l'utérus. Si on ajoute à ces lavages des substances actives ou si on se sert, pour les lavages, de solutions actives par elles-mêmes, comme la teinture de *Frédéricq*, on en fait ainsi un moyen modificateur direct de la muqueuse. Enfin, dans les congestions chroniques, dans les involutions, les lavages chauds ont un effet décongestif et résorbant qui est loin d'être négligeable et que nous avons maintes fois constaté, non seulement par la décoloration progressive du col, mais encore par l'abaissement de la température intra-utérine, par la réduction de volume en hauteur que démontre la térométrie et la réduction en largeur qu'on mesure au spéculum.

En abordant ici le premier mode de traitement intra-utérin que nous ayons à décrire, nous dirons, une fois pour toutes, que le moindre soupçon de grossesse est une contre-indication absolue à l'emploi de cet ordre de moyens thérapeutiques.

MÉMOIRES ORIGINAUX.

s considérons également les affections néoplasiques malignes du corps de l'utérus comme une contre-indication absolue aux lavages intra-utérins. Dans le cancer du corps de l'utérus, en effet, les lavages ne peuvent avoir, bien entendu, aucune action curative et ils peuvent être dangereux, en raison de l'amaigrissement des parois utérines en certains points et de la friabilité des tumeurs envahies par le néoplasme. Le mieux est donc de s'en abstenir complètement, en pareil cas.

Il n'en est pas ainsi dans les fibro-myomes utérins compliqués d'endométrite ; alors, les lavages peuvent être très utiles pour arrêter les hémorrhagies symptomatiques, non du fibro-myome même, mais de l'endométrite concomitante (Batuaud) (1). Non seulement, dans ce cas, plus que dans tout autre, a-t-on un retour très facile au liquide injecté dans l'utérus ; on a en effet, que l'on observe quelquefois, dans les utérus myomateux, une dilatation anormale de l'orifice utéro-tubaire, et, si rare que soit cette complication, il est bon de l'avoir toujours présente à l'esprit.

Les lésions inflammatoires aiguës des annexes contre-indiquent les lavages utérins — nous parlons, bien entendu, en dehors de l'état puerpéral, — mais cette contre-indication n'est que temporaire, car les lavages retrouvent toute leur utilité, une fois que la période d'acuité est terminée.

Contre-indication temporaire également, la sténose des orifices utérins ; il faut, en effet, que le canal cervical soit largement perméable dans toute sa hauteur pour que les lavages de la cavité puissent être pratiqués sans dangers. Si la sténose est prononcée, on aura recours aux sondes dilatatrices ; sinon, on aura, au préalable, quelques séances de dilatation. (La technique de la dilatation du canal cervical sera décrite bientôt.)

Les lésions chroniques des annexes ne contre-indiquent nullement les lavages utérins, mais ils doivent rendre très prudents l'emploi de l'abaissement artificiel de l'utérus. Nous considérons, du reste, d'une façon générale, qu'il y a tout avantage à essayer les divers modes de thérapeutique intra-utérine, en

voir sur ce sujet : J. BATUAUD : *Les hémorrhagies dans les cas de tumeurs fibreuses de l'utérus, l'endométrite cause de ces hémorrhagies et leur traitement par le curettage*, in-8° de 134 p. avec fig., Paris, 1891, Steinheil,

laissant l'utérus dans sa position normale. Avec des instruments appropriés, les lavages, les injections, les applications de caustiques, etc., dans la cavité utérine se font presque aussi facilement sans abaisser l'utérus qu'avec l'abaissement artificiel, qui est une pratique presque toujours douloureuse et souvent dangereuse, surtout en cas de lésions annexielles ou même de simples périmétrites chroniques.

Quand on cherche simplement à déterger la muqueuse utérine, on peut faire les lavages à l'eau bouillie (MACAN, de Dublin) et refroidie à la température de 38° à 40°.

Comme solutions antiseptiques, on utilise les mêmes solutions que pour les injections vaginales : acide borique à 4 % ; acide phénique à 1 % ; sublimé à 1/4000, permanganate de potasse à 10/00 ; acide picrique à 1 % (CHÉRON). Le permanganate de potasse est surtout réservé aux lavages contre l'infection blennorrhagique ; l'acide phénique, le sublimé et l'acide picrique aux lavages contre l'infection streptococcique. Cependant, quand il existe une affection rénale, l'acide phénique et le sublimé peuvent présenter des inconvénients et, alors même qu'il s'agirait d'une infection par le streptocoque ou par le staphylocoque, il est préférable de recourir au permanganate de potasse ou à l'acide picrique.

Les lavages à la teinture d'iode pure (FRÉDÉRICQ) sont surtout employés dans le but de modifier les endométrites hyperplasiques diffuses : on associe, dans ce cas, l'action topique de la teinture d'iode à l'action thérapeutique du lavage proprement dit.

Contre les ménorrhagies et les métrorrhagies les lavages avec une solution aseptique ou antiseptique chaude (38° à 40°) sont indiqués ; dans les mêmes conditions, on emploie également le perchlorure de fer (cent gouttes de solution normale pour un litre d'eau), l'antipyrine à 1 %, etc.

Les laveurs utérins sont actuellement très nombreux ; nous ne parlerons que des principaux appareils utilisables en gynécologie, voulant éviter de compliquer l'arsenal chirurgical de nos lecteurs, suivant la règle que nous nous sommes imposée dans cette série d'articles, écrits spécialement pour les médecins praticiens.

Lorsque l'utérus est peu dilatable on aura recours avec avantage à la petite tige de BLONDEL (1). C'est un tube en forme d'hyséromètre, de 2 millimètres et demi de diamètre, terminé par une petite boule percée d'un ou de plusieurs orifices et muni, à l'extrémité opposée, d'un robinet pour le réglage du courant et l'un ajutage pour le tube en caoutchouc du récipient. Cet instrument, très simple, et que l'auteur ne cherche pas d'ailleurs à présenter comme une nouveauté, permet un lavage complet de la cavité utérine ; le liquide, étant à une faible pression, n'a aucune tendance à forcer l'orifice tubaire, et son retour est facile entre le tube et la paroi de l'utérus, en raison du très petit diamètre de l'instrument.

Pour les cas d'utérus à col suffisamment ouvert, chez des multipares par exemple, ou lorsqu'il n'y a aucun inconvénient à dilater le canal cervical avant de faire le lavage, un très bon appareil est la sonde de BOZEMANN-FRITSCH modifiée par SCHRÆDER. C'est une sonde métallique à double courbure, cylindrique et simple à sa partie extérieure, cylindro-conique et double dans la portion utérine ; celle-ci se compose en effet : 1° extérieurement d'un tube creux perforé, non loin de l'extrémité, de deux trous latéraux allongés, par où le liquide vient agir sur la muqueuse utérine et dans lesquels il repasse pour s'écouler par un dernier orifice placé de manière à se trouver, l'instrument tant en place, au-dessous de l'orifice externe du col ; 2° intérieurement d'un tube cylindrique, tube d'apport, s'arrêtant à une petite distance de l'extrémité du tube externe. Ces deux pièces sont réunies par un cylindre muni d'un pas de vis. SCHRÆDER s'est borné à perforer de plusieurs orifices (terminal, postérieur et antérieur, et non sur les côtés, pour éviter l'injection possible dans les trompes) le sommet de la sonde de Bozemmann, ce qui permet une irrigation plus complète de la cavité utérine. Cet instrument est excellent, pourvu qu'il soit construit avec une courbure convenable et qu'il ne soit pas de trop gros diamètre.

Pour les grands lavages iodés. M. FRÉDÉRICQ (2) a modifié la sonde de SCHRÆDER. L'ouverture extra-utérine de cette nouvelle

(1) BLONDEL. *Sur les appareils destinés au lavage de l'utérus*. Société de thérapeutique, séance du 10 octobre 1894.

(2) FRÉDÉRICQ. *Traitement des endométrites*. *Annales et Bull. de la Société de médecine de Gand*, mars et avril 1890.

sonde se continue sous la forme d'un tube métallique court, auquel on adapte un long tube de caoutchouc qui conduit la teinture d'iode dans le réservoir placé sous le champ opératoire ; on évite ainsi le passage du caustique sur la muqueuse vaginale, sur les doigts de l'assistant qui tient le spéculum, ou sur le spéculum lui-même.

Enfin, nous avons à notre disposition les sondes dilatatrices de CHÉRON, de DOLÉRIS, de REVERDIN. La sonde de DOLÉRIS, construite d'après un principe excellent, présente l'inconvénient capital d'être trop fragile, aussi l'a-t-on modifiée de bien des façons (GACHE-SARRAUTE, BERLIN, BLONDEL, etc.) La sonde de REVERDIN est représentée par une véritable pince dilatatrice à branches creuses et très solides ; nous reprocherons seulement à cet instrument de manquer d'un mécanisme doux pour l'écartement des branches, qui se fait à la main, et de n'avoir que la courbure simple rendant son introduction difficile dans certains cas. Aussi, continuons-nous à nous servir de la sonde dilatatrice de CHÉRON, sonde à double courbure, à écartement graduel par une vis facile à manœuvrer et placée entre les deux branches de la sonde, enfin sonde dont l'ajutage métallique en Y est relié par deux tubes de caoutchouc aux branches de l'appareil, ce qui évite les ruptures trop fréquentes avec le modèle de DOLÉRIS.

Un récipient quelconque, le sac de caoutchouc déjà décrit pour les injections vaginales par exemple, complète l'appareil à lavage.

La malade est placée en travers de son lit, les deux pieds appuyés sur deux chaises, le siège assez en avant pour que les ischions soient tangents au bord du lit. Sous le siège une alèze imperméable repliée en gouttière est disposée de façon à conduire le liquide du lavage dans un réservoir quelconque placé entre les deux chaises dont nous venons de parler.

Injection vaginale préalable (voir le n° du mars 1895).

Mise à nu du col avec le spéculum à crémaillère.

Nettoyage du museau de tanche avec de l'ouate hydrophile montée sur une pince à pansement.

Le réservoir contenant le liquide à injecter doit être placé à 50 centimètres au plus au-dessus du siège de la malade ; cette pression est suffisante pour faire un bon lavage.

MÉMOIRES ORIGINAUX.

solution doit être à 38° à 40° si on veut qu'elle ne provoque de coliques.

La sonde à lavage est poussée doucement jusqu'au fond de la cavité utérine, ce qui est facile à faire, sous le contrôle de la vue, quand on connaît au préalable la direction de l'axe cervico-utérin, dans les cas à traiter, et quand on a un instrument de courbure appropriée.

Pendant tout le temps que dure le lavage, on doit s'assurer que le retour du liquide injecté est très facile ; en cas de spasme du col, on arrêterait immédiatement l'injection et on retirerait la sonde sans retard. Avec les sondes dilatatrices du reste, on n'a rien à redouter cet accident, si on écarte largement les branches de l'appareil avant de laisser passer le liquide. Cela ne survient, même avec la sonde de Bozemann, que par obstruction des orifices de la sonde par des caillots ; il faut alors retirer la sonde, la démonter et nettoyer avant de reprendre le lavage.

La quantité de liquide pour chaque lavage doit être de 1 à 2 litres, si on fait usage des solutions antiseptiques ; de 100 à 150 centimètres cubes si on a recours aux lavages iodés.

Les lavages sont répétés, tous les jours, ou tous les deux jours et suivis d'un pansement approprié (voir le n° d'avril 1895).

L'asepsie des appareils, entièrement métalliques, est facile à réaliser (voir le n° de janvier 1895), de même que celle des mains de l'opérateur.

Les résultats obtenus, à la suite d'une série de lavages intra-utérins, sont excellents dans les sub-involutions ; il est, en effet, facile de trouver des moyens aussi efficaces pour réduire le volume de l'utérus à ses dimensions normales. Dans les endométrites, leur action antiseptique, l'efficacité qu'elles assurent aux applications désinfectantes que nous étudierons prochainement, les rendent précieux, aussi bien dans la forme leucorrhéique que dans la forme hémorrhagique. Enfin, dans les endométrites compliquées de lésions des annexes, ils empêchent les réinfections de la cavité utérine par le pus qui vient des trompes de Fallope ; ils assurent complètement le drainage, par les voies naturelles, des collections tubaires non enkystées. Les lavages intra-utérins sont sans danger, même dans le cas de suppuration pelvienne, à la

seule condition d'éviter l'abaissement artificiel de l'utérus et de prendre les précautions antiseptiques d'usage.

(A suivre.)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE.

(Suite et fin.)

M. DÉMELIN (de Paris). — **Note statistique sur l'opération césarienne depuis 1887.** — J'ai rassemblé le plus grand nombre d'opérations césariennes et d'opérations de Porro, pratiquées depuis 1887, qu'il m'a été possible de recueillir. On ne juge en effet de la valeur d'une méthode opératoire qu'avec beaucoup de faits, provenant d'opérateurs nombreux, autrement, certaines conditions d'habileté individuelle ou autres vicient l'appréciation. En bloc, j'ai trouvé 164 césarotomies, avec 22 0/0 de mortalité maternelle et 21 0/0 de mortalité foetale, et 55 opérations de Porro, avec 23 0/0 de mortalité maternelle et 50 0/0 de mortalité foetale. Le pronostic s'améliore au fur et à mesure qu'on se rapproche du temps présent. Ainsi, depuis 1890, les césariennes conservatrices donnent 20 0/0 de mortalité et les Porro 20 0/0 ; depuis 1893, les césariennes 20 0/0 et les Porro 10 0/0. Le pronostic foetal est toujours moins bon dans les Porro, dans la proportion de 2 à 1. C'est qu'on fait surtout l'opération de Porro quand il y a menace d'infection, parce que le travail dure depuis longtemps et que l'enfant a déjà souffert. La rapidité de l'acte opératoire a son importance : le pronostic est moins bon dès qu'on dépasse une demi-heure à trois quarts d'heure. Actuellement, la tendance est en faveur de l'opération césarienne conservatrice. Celle-ci a été faite, autant que j'ai pu savoir, 94 fois pour bassin rétréci, 19 fois pour fibrome, 11 fois pour cancer, 3 fois pour tumeur ovarienne, 9 fois pour tumeurs diverses, 13 fois pour éclampsie. Les 94 opérations césariennes pour bassin rétréci comportent 74 opérations faites pour bassin rachitique, avec une mortalité maternelle de 14 0/0 et une mortalité foetale de 15 0/0, 4 pour bassin pseudo-ostéomalacique, 8 pour bassin ostéomalacique, 3 pour bassin cyphoscoliotique, 3 pour bassin cyphotique, 1 pour bassin coxalgique, 1 pour bassin

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

olisthésique. Dans les cas de fibrome, il semble, d'après ces, plus avantageux de pratiquer le Porro. Par contre, cas de cancer, il paraît plus avantageux de recourir à la césarienne qui donne une mortalité maternelle de 0 0/0, que l'opération de Porro donne 66 0/0. Dans l'éclampsie, la mortalité maternelle est de 30 0/0 et la mortalité infantile de

, chose singulière, beaucoup d'enfants césariens naissent le mort apparente, et nombre d'entre eux succombent première année. La proportion est, pour les enfants nés voies naturelles, de 18 %, tandis que pour les césariens de 40 %.

Le Dr (de Leyde), dans son intéressante communication, nous a dit qu'en pratiquant la symphyséotomie sur l'oblique ovulaire, il avait craint une coxalgie. C'est là l'erreur que l'on peut avoir en présence de tout bassin. Il est important, avant d'opérer, de savoir si les symphyses sacro-pubiques ne sont pas ankylosées. Il y a pour cela un moyen bien simple et qui n'est pas nouveau puisqu'il remonte à 1620. On lui a donné le nom de position supinée italienne et qui n'est autre que celle que l'on désigne aujourd'hui sous le nom de position de Walcher. Cette situation de la femme donne un agrandissement du diamètre antéro-postérieur très appréciable. Entre la position obstétricale ordinaire et celle de Walcher, ce diamètre présente une différence de 9 à 10 millim. ; si donc on n'obtient pas ce résultat chez une femme, on peut craindre un état pathologique des symphyses sacro-iliaques. Je ne fais jamais de forceps au supérieur ; j'ai toujours recours à la version, la femme dans la position de Walcher et elle m'a donné d'excellents résultats.

Le Dr est étonné que M. Treub ait constaté une différence si grande. Il n'a trouvé lui, qu'un écart de 5 millim. D'autre part, quand une tête poussée par de fortes contractions, s'engage dans le bassin, elle doit faire basculer la base du sacrum et le diamètre antéro-postérieur gagne à ce moment ce que lui a donné la position de Walcher qui, alors ne donnera plus

Le Dr croit pouvoir être affirmatif. Il cite l'observation d'une femme chez laquelle, à un premier accouchement, il dut

faire la perforation. Deuxième grossesse, accouchement provoqué à 8 mois, perforation. Troisième grossesse, avortement. Quatrième grossesse, extraction par la version d'un enfant de 3.000 grammes.

M. TARNIER. — Si M. Treub ne fait jamais de forceps au détroit supérieur, en France on a recours volontiers à ce moyen, et lorsqu'on fait des tractions développant 20, 30, 40 kilos, forcément le mouvement de bascule doit se faire comme dans la position de Walcher.

M. CHARPENTIER rappelle que la position de Walcher est fortement battue en brèche en Allemagne.

M. TREUB a lu le travail auquel M. Charpentier fait allusion. Mais l'auteur a fait des expériences purement anatomiques. Au point de vue clinique, d'après ce qu'il a pu observer. M. Treub a trouvé une différence de 9 à 10 millim. en moyenne entre les deux positions.

M. PUECH (de Montpellier). — **Observation d'un cas de vomissements incoercibles de la grossesse.** — Tous les moyens auxquels on a eu recours en pareil cas avaient échoué ; la malade était dans un état inquiétant, accidents nerveux. Appelé en consultation, M. Puech trouve la situation assez grave pour provoquer l'avortement par la curette. Guérison très rapide.

M. GAULARD dit que provoquer l'avortement est toujours une chose délicate et il est très difficile de dire quand on doit y recourir dans les vomissements incoercibles. Dès sa première visite, M. Puech vide l'utérus. C'est aller un peu vite. Le signe le plus important sur lequel on peut se guider, c'est la fièvre. Or, M. Puech ne l'a pas noté. M. Gaulard n'a pas grande confiance en ce signe, il a vu souvent de l'hypothermie. Avant de recourir à l'avortement, il faut épuiser autant que possible la liste des autres moyens. Cette femme avait des antécédents neurasthéniques. On aurait pu essayer l'hypnotisme, la suggestion. Mais en admettant qu'il ait fallu intervenir, la curette n'est pas l'instrument de choix. S'il est facile de curetter un utérus gravide de deux mois, il n'en est plus de même à 4 mois. On fait alors une très mauvaise besogne. Il y a donc des distinctions à établir.

M. CHARPENTIER. — Plus son expérience devient grande, plus il devient interventionniste. Il a perdu un certain nombre de femmes qu'il eût peut-être sauvées en agissant plus tôt. Il a cher-

ché un signe qui permet de fixer le moment de l'intervention. Il a cru le trouver dans l'amaigrissement. Mais quand on a décidé d'intervenir, il faudra le faire de différentes manières, suivant l'âge de la grossesse. Jusqu'à deux mois et demi, la curette réussit très bien. Après trois mois et demi, quatre mois, il provoque l'avortement en introduisant dans l'utérus et en le promenant autour de l'œuf, un hystéromètre chargé de nitrate d'argent. Ce procédé lui donne d'excellents résultats.

M. MARDUEL (de Lyon) a été appelé en consultation avec M. Fochier auprès d'une secondipare de 24 ans, enceinte de trois mois et demi environ, qui était atteinte de vomissements incoercibles et de perte de la vue. Il y avait de l'œdème papillaire et péri-papillaire et de petites hémorrhagies rétiniennees qu'un spécialiste attribua à des lésions cérébrales et qui porta un pronostic des plus graves. En désespoir de cause, un vésicatoire fut appliqué sur la nuque ; retour de la vision ; disparition des troubles gastriques. On fait dire à MM. Marduel et Fochier que la malade allait très bien. Ils cessent de la voir. Au bout de quelques jours ils sont rappelés, la malade a du délire et ne tarde pas à mourir.

M. MAYGRIER demande si cette femme était albuminurique.

M. MARDUEL a examiné plusieurs fois les urines, il y avait des traces indosables d'albumine.

M. FOCHIER a remarqué que dans les cas de vomissements incoercibles, le placenta est plus adhérent.

M. QUEIREL (de Marseille) a fait des recherches sur 200 cadavres de femmes de 17 à 49 ans pour voir dans quelle proportion on trouvait la symphyse ankylosée. Il n'a jamais rencontré cette anomalie. Une fois il a trouvé une disposition particulière : la partie supérieure de la symphyse était dirigée de droite à gauche et de haut en bas, formant un angle obtus avec la partie inférieure. Sur ces 200 cas, 158 fois la symphyse était médiane, 19 fois elle était à gauche et 23 à droite.

M. PORAK. — Dans certains cas, le cartilage interpubien est très mince et alors l'articulation est très difficile à ouvrir. Il faut toujours avoir près de soi une scie à chaîne. Dans un cas de ce genre qu'il a opéré tout dernièrement, la symphyse ne remuait pas et il a eu beaucoup de difficulté à sectionner l'articulation.

M. BUDIN. — Dans le fait signalé par M. Queirel où il y avait une disposition particulière de l'articulation, il s'agissait sans dou-

de du cadavre d'une femme qui n'était pas morte de coup voulant faire une symphyséotomie, M. Queirel s'était trouvé en présence d'un cas de ce genre, peut-être aurait-il cru à une soudure de la symphyse. Qu'aurait-il fait alors ? N'aurait-il tenté de prendre la scie à chaîne ? Personnellement, je n'aurais pas demandé si la soudure des symphyses pouvait exister à la fin de la grossesse, car j'ai autrefois examiné un très grand nombre de femmes enceintes au point de vue de la mobilité des os du bassin et chez toutes j'avais constaté cette mobilité. Cependant qu'un des opérateurs ont déclaré qu'ils avaient rencontré la soudure de la symphyse. Il faudrait donc admettre qu'ils se sont trompés. Venez d'entendre M. Porak nous dire combien, dans sa dernière observation, la mobilité était peu grande. L'avait-il cherché d'intervenir ? Je ne puis que faire allusion à un fait qui ne m'appartient pas, mais observé sur le cadavre par un de mes collègues et qui aurait certainement conduit lui aussi à l'emploi de la scie à chaîne. Enfin, il y a quelques jours faisant à l'amphithéâtre des recherches sur le cadavre d'une femme morte d'éclampsie sans être accouchée, nous ne pouvions malgré les mouvements étendus que nous imprimions aux deux membres inférieurs constater de mobilité au niveau de la symphyse pubienne. Plus, la peau du pubis ayant été sectionnée, on ne trouvait au toucher, l'encoche que l'on rencontre parfois entre les épines du pubis et qui peut aussi servir de guide dans l'opération. Nous nous sommes demandé s'il n'y avait pas là une névrose et pour mieux établir la disposition anatomique, nous avons fait de chaque côté, enlevé la paroi antérieure du bassin. En réalité, il n'y avait pas soudure des os, mais il n'y avait entre eux qu'un intervalle très mince recouvert de tissu fibreux, il n'existait presque pas de cartilage inter-articulaire. En pratique, on doit toujours s'assurer qu'il existe de la mobilité au niveau de la symphyse pubienne et si cette mobilité normale fin de la grossesse n'existe pas, on pourra s'attendre, comme est arrivé à M. Porak, à des difficultés opératoires.

M. PORAK. — J'avais cherché, dans l'observation que j'ai rapportée, s'il existait de la mobilité de la symphyse. Je n'avais eu qu'une sensation très vague et je me suis rendu compte plus tard que ce que j'avais pris pour des déplacements n'avait dû être que la conséquence des contractions musculaires.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

OT. — Dans ces cas, on se sert avec avantage du ci-maillet. Mais parfois, la symphyse pubienne étant partement ne se produit pas spontanément, les sym-o-illaques résistent. On est obligé alors d'écarter l'un s pubis et ce n'est pas toujours sans difficultés.

OULIEFF. — Une observation de rigidité du col héré-

LIN présente au nom du Dr TSAKIRIS (de Cons-
un double crochet à courbure pelvienne, construit par
1, destiné à être appliqué sur les plis de l'aine du siège
(mode des fesses). — Les deux branches de cet instru-
tubulées à partir de l'articulation on peut, après avoir
parément et articulé les deux branches passer dans
une baleine au bout de laquelle un lacs de soie est
désarticulant et en retirant successivement les deux
lacs se trouve placé. Cet instrument peut servir :
double crochet moins dangereux que le crochet sim-
me porte lacs. Avec son aide on peut passer facilement
ger un lacs aussi bien sur un pli que sur les deux plis

est levée et M. Guéniot donne rendez-vous pour l'an-
ne à pareille époque.

LÉON MERLE.

ès méd.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1^{er} mai 1895.

DES FISTULES URETÉRO-VAGINALES

D pense que le danger, dans l'hystérectomie vaginale,
out dans le placement des pinces secondaires, qui seu-
atteindre l'uretère. Le diagnostic de ces fistules ure-
les est loin d'être aisé ; on doit les confondre souvent
ites fistules vésico-vaginales ; et cela lui est arrivé,
examen clinique très attentif. Je ne crois guère à la
ontanée des fistules de l'uretère, tandis que pour les
cales cette terminaison se voit assez souvent.

tr répond. On connaît actuellement 40 observations de
stéro-vaginales consécutives à l'hystérectomie. Donc
t en danger. Sur 28 cas où le côté de la fistule est no-

té, 7 fois seulement elle siégeait à gauche. On aura beau dire : On a prouvé que les fistules latérales existent et que les plaies de l'uretère guérissent spontanément. Il est un moyen bien simple de faire le diagnostic des fistules uretéro-vaginales : c'est de pratiquer la cystoscopie et de faire le cathétérisme rétrograde de l'uretère. Il est désormais entendu, en ce qui concerne le traitement, qu'il faut abandonner la néphrectomie. Je reste partisan de la voie vaginale, au moins quand elle est possible.

M. Bazy préfère dans tous les cas la voie abdominale, car elle n'est pas grave.

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE POUR FIBROMES

M. REYNIER fait remarquer que le procédé de M. Richelot ressemble beaucoup à celui de M. Langfer (1893) ; ce chirurgien enlève d'abord les annexes et ouvre le cul-de sac postérieur au lieu de perforer la base du ligament large. Je trouve que la méthode qui consiste à extirper le pédicule de l'hystérectomie abdominale par le vagin donne actuellement de bons résultats.

Séance du 26 juin 1895.

ASEPSIE DES ÉPONGES.

M. MICHAUX a fait une série d'expériences démontrant qu'il est possible d'avoir des éponges parfaitement aseptiques.

M. QUENU ne croit pas que ce soit un progrès de revenir à l'emploi des éponges. Il maintient qu'il n'y a pas de bonne asepsie possible avec les éponges.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE proteste énergiquement contre l'opinion soutenue par M. Quenu : libre à lui de ne pas se servir d'éponges, mais il ne saurait imposer son opinion à tous les chirurgiens.

FIN DE LA DISCUSSION SUR L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE.

M. RICHELOT répond à ses collègues qu'ils ont fait une confusion entre deux mots de la langue française : définitif et exclusif. Ils lui ont reproché d'avoir son procédé définitif, parce que la grande variété des fibromes abdominaux oblige les chirurgiens à varier leur conduite. Il n'y a pas de méthode exclusive,

de procédé unique permettant d'aborder de la même façon les tumeurs interstitielles du volume d'une tête de fœtus et les énormes fibromes inclus dans un ligament et décollant au loin le péritoine pariétal. Mis en demeure d'enlever un utérus qui contient un ou plusieurs fibromes dans son épaisseur ou à sa surface, M. Richelot a maintenant un procédé qui lui paraît le meilleur et auquel il se tient sans faire plus de recherches.

M. Richelot insiste peu sur la comparaison que M. Reynier a fait entre son procédé et celui de Langfair. M. Segond l'a défendu. Il est clair qu'au point où en est la chirurgie, on n'a plus rien à inventer de fond en comble. M. Richelot ouvre l'abdomen comme tout le monde, perfore le cul-de-sac antérieur du vagin sans la moindre originalité ; avant lui ou en même temps que lui, on s'est servi de pincés à demeure dans l'hystérectomie abdominale, mais il a dit qu'on n'avait pas encore touché le but.

Ce qui rend une opération nouvelle, ce n'est pas l'ensemble des temps dont elle se compose, c'est un détail souvent minime en apparence, mais qui lui donne un cachet particulier, une simplicité plus grande, un meilleur pronostic. A ce point de vue, M. Richelot ne voit aucun rapport entre son opération et celle de Langfair. Il sectionne et lie une partie des ligaments larges, il ouvre le cul-de-sac de Douglas ; M. Richelot proscriit toute ligature et n'ouvre le vagin qu'en avant, mais il pratique un orifice à la base du ligament pour y insinuer son mors postérieur. C'est là le nœud de la question, le détail spécifique dont il vient de parler ; c'est là le temps qui, dans les opérations les plus ardues, lui a toujours paru simple et ne lui a donné aucun déboire.

Impossible de blesser l'artère utérine en agissant de la sorte. Impossible de toucher l'uretère, en poussant la pince en haut et en dehors des annexes. Dans l'hystérectomie vaginale, on blesse l'uretère en poussant trop haut une pince trop longue, mais ici, on est au pied du ligament sous lequel passe l'uretère.

On a dit qu'avec les fibromes très volumineux les ligaments larges étaient trop hauts pour être pris dans une seule pince. M. Richelot est sûr du contraire. Deux cas, en effet, peuvent se présenter : si le fibrome est développé aux dépens de l'utérus, il peut être énorme, dépasser l'ombilic, remplir le ventre, les ligaments sont à leur place dans le petit bassin et la pince se manie aisément sur les côtés du col. Si, au contraire, la tumeur est

incluse dans le segment inférieur, elle remplit la cavité pelvienne, s'élève plus ou moins au-dessus du pubis, et on trouve à son sommet, tout en haut, le fond d'utérus et les annexes. Le bord supérieur du ligament peut être alors au-dessus de l'ombilic. Il faut donc énucléer la tumeur à l'aide d'une incision médiane ; l'utérus vidé devient flasque, le segment inférieur s'amincit, le fond de l'organe s'abaisse, le ligament large descend à volonté et la pince est trop longue pour lui.

L'énucléation préalable ne donne pas beaucoup de sang, quand on fait l'incision sur la ligne médiane, ou quand on ouvre des loges petites, saillantes à droite et à gauche. Elle prolonge peu la durée de l'opération.

La réponse de M. Richelot à M. Schwartz est contenue tout entière dans l'opération qu'il a faite sous ses yeux, il y a quelques jours, à l'hôpital Cochin. Le fibrome, développé dans le segment inférieur, remplissait l'excavation et M. Richelot n'a pu l'en faire sortir ; les ligaments larges et le fond de l'utérus, contenant lui-même un fibrome, dépassaient l'ombilic ; le vagin, au fond duquel la tumeur faisait saillie, était d'une étroitesse absolument inusitée. L'utérus mis à nu, il a bientôt vu qu'il fallait tourner la difficulté principale en extrayant d'abord les fibromes. Il a attaqué franchement le tissu utérin sur la ligne médiane, la grosse masse pelvienne est sortie par morcellement, et M. Schwartz a pu voir comme l'utérus vidé devient complaisant, et comme les ligaments se laissent engager entre les mors de la grande pince. L'opération promettait de grosses difficultés, elle a été laborieuse ; mais seuls les temps accessoires ont donné de la peine, et c'est le détail spécifique, le trou dans le ligament large et le placement de la pince, qui ont été simples.

M. Richelot relève surtout dans le discours de M. Segond l'insistance qu'il a mise à revenir sur la comparaison qu'il avait faite entre le résultat immédiat de l'hystérectomie abdominale, telle qu'il la conçoit, et celui d'une hystérectomie vaginale : ainsi les pinces à demeure sans aucune ligature, et sans occlusion du péritoine.

M. Richelot revient sur certains détails du manuel opératoire : il a dit qu'il fallait se placer entre les jambes de la femme ; il renonçait au plan incliné. Or, le professeur Landau (de Berlin), qui assistait à une de ses opérations, lui a donné l'idée, qui aurait

bien pu lui venir toute seule, d'incliner, du côté de la tête, le lit de Mariaud ou tout autre analogue. Il a procédé de la sorte à Saint-Louis le 18 mai, à Saint-Antoine le 24, à Cochin le 25.

M. Richelot a peut-être eu tort de dire que, dans la désinsertion du vagin en avant, « rien ne saigne, pas plus que dans l'hystérectomie vaginale ». Les ciseaux peuvent atteindre une artériole ou des sinus veineux rampant sur le col, à droite et à gauche. Si on ignore d'où le sang peut venir, on hésite, on ne sait rien, on laisse un flot de sang remplir le champ opératoire. C'est sur la face antérieure du col qu'il faut mettre le doigt et pincer provisoirement. Il faut aussi se rappeler que le museau de tanche est tout petit, qu'un ou deux coups de ciseaux vous mènent à la base du ligament large et qu'en allant plus loin, on risque de trouver les branches de l'utérine.

Les pinces du ligament large doivent avoir beaucoup de « bande », pour que leur extrémité ne laisse pas glisser le bord supérieur.

Un point auquel il tient beaucoup, c'est l'hémostase complémentaire sur la tranche postérieure du vagin. On lui a demandé pourquoi il allongeait l'opération en s'obstinant à mettre plusieurs languettes sur ces points saignants ; et on lui a dit que, l'hystérectomie vaginale, le suintement sanguin s'arrête tout seul et que des tampons suffisent. L'argument est très mauvais ; M. Richelot tient, dans l'hystérectomie vaginale, à une hémostase complémentaire très soignée, et il s'arrête quand il ne voit plus une goutte de sang. Il connaît des malheurs arrivés par insuffisance d'hémostase, pendant que les pinces étaient en place ; il sait des chirurgiens dont les internes s'attendent, après les hystérectomies vaginales, à être appelés dans la journée auprès de la malade qui saigne.

Il tient d'autant plus à achever l'hémostase avec les pinces qu'il refuse de tamponner dans le ventre, au delà des points qui saignent. Il place les tampons dans le vagin, à l'entrée du péritoine ici comme dans l'hystérectomie vaginale. L'extrémité des grandes pinces est libre dans l'abdomen, sans inconvénient.

(*Gazette des Hôpitaux.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

*Séance du 3 mai*OCCLUSION INTESTINALE CHRONIQUE CONSÉCUTIVE A UNE HYSTÉRECTOMIE
VAGINALE. VOMISSEMENTS NOIRS.

M. MATHIEU. — Je présente à la Société les pièces anatomiques d'une femme envoyée d'un service de chirurgie dans mon service avec le diagnostic de cancer de l'estomac. Elle était, en effet, très amaigrie, incapable de se tenir debout, et, le jour même de son entrée, elle eut — comme cela lui arrivait depuis quelque temps — un vomissement noir abondant, semblable à du chocolat à l'eau. Il se renouvela les jours suivants, mais, au cinquième jour, ces vomissements prirent l'aspect fécaloïde. Ce caractère, l'existence d'une constipation opiniâtre, la saillie des anses intestinales que l'on voyait se contracter sous les parois distendues de l'abdomen, me firent alors renoncer à mon premier diagnostic pour celui d'occlusion intestinale. J'allais confier la malade à un collègue de chirurgie lorsqu'elle mourut.

A l'autopsie, à dix centimètres environ au-dessus de la valvule iléo-cœcale, on trouva une petite anse intestinale grêle, longue de six à sept centimètres, engagée dans l'épaisseur d'une sorte de lame cicatricielle résultant d'une hystérectomie vaginale pratiquée dix-huit mois auparavant pour des accidents utérins. Rien à l'estomac.

En plus du fait anatomique ci-dessus, cette observation montre que les vomissements noirs peuvent survenir par suite d'occlusion intestinale et que, se combinant aux troubles dyspeptiques dus à cette occlusion incomplète, ils peuvent faire croire au cancer de l'estomac.

(Bulletin médical.)

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

POLYPE PLACENTAIRE D'APPARENCE FIBRINEUSE

M. CH. LÉVI montre un utérus renfermant un polype d'apparence fibrineuse, enlevé par M. Lejars. L'examen histologique a montré que, malgré l'aspect fibrineux, la tumeur était en réalité d'origine placentaire.

M. CHAPUT fait ressortir à ce sujet combien souvent est difficile

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

ostic de ces polypes avec la métrite chronique et avec les

ONIL dit que l'on ne connaît pas d'observation authentique de polypes fibrineux, mais que sous ce nom on a confondu un nombre de tumeurs qui sont revêtues à leur surface d'un revêtement fibrineux, mais qui sont constituées dans tous les cas d'un substratum de nature différente. Cette apparence polypeuse est donnée tantôt par des villosités placentaires, tantôt par des villosités de Naboth, tantôt par des épaissements fibreux au col, dans lesquels on rencontre des vestiges de glandes, tantôt enfin par la transformation fibreuse de l'insertion placentaire. Le diagnostic clinique de ces tumeurs est le plus souvent impossible; le examen histologique seul permet d'en définir exactement

UTÉRUS BICORNE.

UCHET présente les organes génitaux d'une femme chez laquelle on avait pratiqué un curetage pour métrorrhagie à la suite d'un accouchement. L'examen à l'hystéromètre, la dilatation, les sondages s'étaient faits sans incident. Un jour pourtant on eut beaucoup de difficulté à pénétrer dans la cavité utérine.

L'examen de l'utérus fait constater une cloison divisant la cavité en deux utérus, et montre que l'infection de l'organe est à peu près limitée à un seul côté, avec abcès périmétrique, adhérence au ligament large, endométrite et salpingite. La cavité du col était

FIBRO-SARCOME DE LA PAROI ABDOMINALE.

ARMET présente un fibro-sarcome peu volumineux enlevé à la paroi abdominale d'une femme de trente ans. Cette tumeur s'était développée rapidement et avait atteint le volume d'un œuf. Elle était en rapport avec l'épine iliaque antérieure, et paraissait s'y rattacher par un pédicule; elle n'était encapsulée; d'ailleurs, au microscope, on peut suivre les vaisseaux sanguins pénétrant la tumeur et la traversant.

SARCOME DU SEIN AVEC KYSTE SANGUIN.

ARMET présente le sein d'une femme de cinquante-deux-

ans, opérée à Saint-Louis pour une tumeur assez volumineuse qui s'était développée très rapidement, surtout à la suite d'un choc violent. Les symptômes cliniques firent diagnostiquer un cysto-sarcome. L'étude anatomique, post-opératoire, montra, en effet, qu'en arrière et en dedans de la tumeur se trouvait un kyste séro-sanguinolent, dont la surface interne était aréolaire et analogue aux cavités cardiaques. On vit au microscope que ce kyste s'était développé par rupture des vaisseaux de la région périphérique de la tumeur, car on ne trouva pas de dégénérescence en arrière de la poche kystique.

SIXIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE GYNÉCOLOGIE

Tenu à Vienne du 5 au 7 Juin 1895

Par le Dr Ch. BOISLEUX.

M. V. WINCKEL (de Munich). — **De l'étiologie et de la symptomatologie de l'endométrite.**

Le col et le corps de l'utérus ont une structure anatomique différente. Les glandes du corps sont simples à une seule tubulure, tandis que celles du col sont ramifiées et se terminent en plusieurs culs-de-sac. Le col présente plus d'analogie avec le vagin. Le col et le corps sont séparés par un *isthme* qui empêche les impuretés de pénétrer du col dans le fond de l'utérus. Autrefois on distinguait l'endométrite du corps, l'endométrite du col ; aujourd'hui, grâce à nos connaissances nouvelles en bactériologie, il n'est plus possible de conserver cette distinction ; on peut classer les endométrites en deux groupes principaux : 1° les endométrites *simples catarrhales non microbiennes* ; 2° les endométrites *purulentes et microbiennes*.

Dans la première catégorie nous comprenons : a) le *simple catarrhe* de l'utérus qui le plus souvent est déterminé par une congestion intense de l'utérus et un obstacle au retour du sang veineux de l'utérus. Ce catarrhe peut se présenter à la suite de manque de soins de propreté du côté des organes génitaux, de constipation opiniâtre, par suite de chlorose, anémie, leucémie. Les troubles de la menstruation, les maladies du système nerveux, l'état puerpéral, les néoplasmes de l'utérus et les maladies des

ovaires sont autant de causes qui peuvent provoquer un catarrhe de l'utérus ; *b*) les métrites *hémorragiques* qui s'observent à la suite de brûlures étendues, d'empoisonnement ; *c*) les métrites *déciduales* à la suite d'un avortement, polype placentaire ; *d*) métrite *exfoliative* ou *membraneuse*, celle où l'on voit *expulser* une *membrane muqueuse*. Il s'agit, selon moi, d'une inflammation locale.

En résumé, si l'on considère les causes de l'endométrite simple, on peut admettre comme vraisemblable l'origine microbienne d'un grand nombre de ces endométrites, bien que ceci ne soit pas scientifiquement démontré. Toutefois, nous ne pouvons admettre comme Péraire (Thèse, Paris 1889) que toutes les métrites et endométrites sont de nature microbienne.

Dans la seconde catégorie, les endométrites purulentes ou d'origine microbienne sont celles où les microbes pénètrent directement dans la muqueuse déjà pathologique.

a) L'endométrite GONORRHÉIQUE est causée par le gonococcus de *Neisser*.

Ce microbe, ou diplococcus, se rencontre chez la femme : — 85 % dans l'urèthre, — 37 à 47 % dans le col, — 33 % dans les trompes, — 44,4 % dans le vagin, — 12 à 25 % à la vulve. Dans le col de l'utérus, les gonococcus peuvent, ou bien pénétrer les parois de l'utérus jusqu'au péritoine, ou bien se propager dans la muqueuse du fond de l'utérus. Les gonococcus conservent leur virulence pendant des années entières. Quant à la fréquence de la gonorrhée, elle varie de 12 à 30 % chez les femmes malades. C'est-à-dire que sur 100 femmes malades de diverses affections, il peut y en avoir de 12 à 30 qui soient atteintes de gonorrhée.

b) L'endométrite TUBERCULEUSE. Les trompes sont le plus souvent le siège de la tuberculose chez la femme : la tuberculose utérine est plus rare, enfin très rare est la tuberculose du col et du vagin. En général, on peut dire que la tuberculose génitale est secondaire ; la plus fréquente, de beaucoup, est la tuberculose pulmonaire.

c) L'endométrite puerpérale SEPTIQUE, qui est le plus souvent causée par des streptococcus. Les staphylococcus jouent seulement là un rôle secondaire. Les streptococcus pénètrent la muqueuse utérine, la traversent et vont jusque dans le péritoine. Ils s'associent parfois aux streptococcus et aux diplococcus. La

virulence des streptocoques varie suivant le lieu de l'inoculation. Les accouchements laborieux où l'on est obligé d'intervenir, les hémorragies graves prédisposent à l'infection. Les streptococcus se trouvent également dans les endométrites septiques non puerpérales. On a aussi plusieurs fois rencontré, outre le streptococcus, le bactérium *coli commune*.

d) L'endométrite SAPROPHYTIQUE est causée par des saprophytes ou microbes non pathogènes, tel que le *proteus vulgaris*, le bacille saprogène de Rosenbach, le bacille pyogène fétide, c'est aussi une forme que l'on rencontre chez les vieilles femmes.

C'est cette forme que l'on appelle l'endométrite purulente des vieillards.

e) L'endométrite DIPHTÉRITIQUE est causée par le bacille de Löffler ou par le streptococcus ; cette dernière est la plus fréquente.

f) L'endométrite SYPHILITIQUE est rare.

Le chancre induré primitif est situé le plus souvent sur le col et non dans le fond de la matrice. Elle a lieu le plus souvent sur la lèvre antérieure du col. Sur 1.000 cas de chancres indurés chez la femme, *Rasumon* a trouvé 8,5 pour 100 sur la portion vaginale et dans le col (*Centralbl. f. Gynäk.*, 1880, p. 546).

Quand, comment et PAR QUELLE VOIE pénètrent les microbes dans les organes génitaux de la femme ? Si nous nous reportons à l'embryon, nous savons que celui-ci peut être infecté par le spermatozoïde fécondant.

Le microbe peut se trouver, sinon dans l'ovule fécondé, dans l'organe de la mère qui porte l'ovule fécondé. *Birsch Hirschfeld* et *Barbier* (*Gaz. méd.* Paris 1888) ont trouvé le bacille de la tuberculose dans le sperme des malades tuberculeux. Les microbes peuvent pénétrer dans le fœtus par les vaisseaux lymphatiques et sanguins de la mère, comme l'a démontré *Riecker* (1) pour le streptococcus. Dans le liquide amniotique en putréfaction, *Kronig* (2) a trouvé plusieurs fois le staphylococcus et le streptococcus. *Hergott*, de Nancy, a démontré l'existence du germe tuberculeux dans le liquide amniotique d'un phtisique en injectant de ce liquide dans la cavité péritonéale de plusieurs cobayes ; ces animaux sont morts de tuberculose 2 mois 1/2 après l'inoculation. Pendant l'accouchement, la mère peut, par la muqueuse du col

(1) *Ziegler's Centr. f. allgemeine Pathologie*, B. VI, S. 55.

(2) *Centr. f. Bacteriologie*, S. 751, 1884.

du vagin, communiquer un germe infectieux à l'enfant. Telle est l'origine de la conjonctive purulente des nouveau-nés. Dans la plupart des cas on se trouve en présence de staphylococcus, streptococcus, gonococcus, et parfois de *bactérium coli commune*.

Chez les petites filles, les sources et les auteurs de l'infection sont plus souvent les mères, les nourrices, les gardes d'enfants, les frères et sœurs, les camarades d'école, les personnes de l'entourage. *Suchard* a constaté une épidémie de gonorrhée génitale chez des jeunes filles qui s'étaient baignées dans un étang. *Skutsch* a observé plusieurs centaines de petites filles atteintes de vulvo-vaginite, parce qu'elles avaient fréquenté un établissement de bains où des enfants infectées s'étaient déjà baignées. *Combe* a observé le cas d'une petite fille qui a contracté la gonorrhée dans le bain de son père atteint de blennorrhée. Peuvent être également contaminés les enfants qui couchent dans le même lit que les parents atteints de gonorrhée. Les nourrices et les gardes peuvent donner une infection par contact quand elles donnent les soins de propreté à l'enfant. L'infection peut venir du dehors par le rectum, le péritoine ou la circulation (*Jacobs*) (1).

Chez les petites filles, la vulvo-vaginite est souvent de nature gonorrhéique.

Cohen-Brach (2), *Cassel* (3), *Martin*, de Philadelphie, distinguent deux formes de vulvo-vaginite, une, caractérisée par une sécrétion liquide légèrement colorée en jaune, dans la seconde forme de vulvo-vaginite, la sécrétion est plus épaisse, jaune verdâtre, purulente et de nature gonorrhéique. Cette dernière forme de vulvo-vaginite peut déterminer des affections articulaires, comme *Martin*, *Béclère* et *Guinon* en ont observé. Le bacille de la tuberculose peut parfois faire des lésions étendues dans les organes génitaux. *Talamon* (4) a publié le cas d'une jeune fille de 6 ans atteinte de péritonite tuberculeuse, chez laquelle on trouvait des végétations tuberculeuses au niveau des plaques de Peyer. L'excavation du Douglas était remplie d'une poche purulente. Les ovaires présentaient des masses indurées et caséeuses. L'utérus était fluctuant, sans consistance, et était rempli d'un liquide ver-

1) Polyclinique, Bruxelles, 1893, n° 24.

2) *Therapeutische Monatsheft.*, 1894, juin.

3) *Berliner kl. Woche*, 1893, S. 29.

4) *Progrès médical*, 1878, n° 51.

dâtre. *Galliard* et *Beaussenat* (1) ont observé une rougeole chez une jeune fille vierge de 21 ans qui est morte de péritonite à la suite de la rupture d'un abcès de l'ovaire dans le péritoine. Dans le pus recueilli sur cette malade, ils ont trouvé le streptococcus. *L. Levi* (2) signale deux fillettes de 10 et 12 ans qui ont été infectées par des hommes atteints de gonorrhée.

LES RÈGLES sont encore une nouvelle source d'infection pour la jeune fille ; sous l'*écoulement menstruel*, il s'établit une voie par laquelle les germes infectieux de l'air peuvent pénétrer dans le canal génital de la femme. Le refroidissement, les *danses*, les *exercices violents*, les excitations de toute nature sont nuisibles au moment des périodes (*Schultze*). *Schultze*, dont je viens de citer l'opinion expérimentée, insistait aussi sur ce fait que beaucoup de femmes, même dans les classes riches de la société, ne se lavent pas au moment de leurs périodes ; de plus, ces femmes imbuës de préjugés, se garnissent avec du *linge sale*, de peur que le linge propre ne ramène le flux menstruel. Certaines femmes ne changent pas de garniture pendant leurs périodes, il en est même qui font resservir les garnitures de la fois précédente. Les femmes atteintes de *déchirure périnéale* sont presque toujours atteintes de *catarrhe utérin* que l'on ne peut guérir que par la restauration du périnée.

La constipation rebelle, si fréquente chez les jeunes filles, peut être une cause de prédisposition au catarrhe utérin. Une des causes les plus fréquentes est la masturbation chez les jeunes filles. *Milne Chapmann* a observé beaucoup de leucorrhée, métrite chronique, métrorrhagies qui reconnaissent pour cause première la masturbation (3).

La nature de l'occupation des femmes doit être prise en considération dans l'étiologie de ces maladies. Les blanchisseuses qui reçoivent le linge sale et le manipulent sont souvent atteintes de catarrhes de l'intestin et aussi de catarrhes utérins. Les personnes qui soignent les malades sont très exposées à contracter des maladies, telles que l'érysipèle, la tuberculose et autres. Les boulangères ont souvent de la mycosite vaginale. Les habitations humides prédisposent aux affections génitales. Chez les femmes

(1) Soc. méd. des Hôp. de Paris, 1892.

(2) *Frommel's Jahresbericht*, 1890, S. 363.

(3) *Milne Chapmann, American Journal of obstetric*, 1883, p. 449.

pauvres, les travaux pénibles, les excès de fatigues, *une mauvaise nourriture*, une habitation *mal aérée, mal éclairée*, contribuent à engendrer les affections génitales. Chez les femmes *riches*, c'est un défaut d'hygiène, tel, par exemple *qu'un travail intellectuel exagéré*, dans les pensionnats, *trop de musique, trop de peinture, une façon de s'habiller contraire aux lois de l'hygiène, par exemple des corsets trop serrés, le manque d'exercice en plein air, l'excitation des nerfs périphériques, la fréquentation des théâtres, des concerts, des bals, etc.*, et aujourd'hui, ce qui est à la mode, *les ventes de charité, les concerts pour œuvres de bienfaisance* sont autant de causes qui contribuent à rendre les femmes malades.

Si l'on veut se faire une idée de la fréquence de l'endométrite, il suffit de lire la statistique suivante : sur 21.685 femmes qui de 1887 à 1892 ont été traitées dans les cliniques universitaires de la Prusse, 2,336 étaient atteintes d'endométrite : dans ces 2.336 ne sont pas comprises les endométrites dans les rétrodéviations, dans les utérus néoplasiques, dans les vices de conformation, l'endométrite septique et puerpérale ; cela démontre que l'endométrite est une maladie les plus fréquentes.

L'endométrite atteindrait dans cette statistique plus de 10 pour 100 des femmes. Après l'endométrite viendraient : le *carcinome* 2.226, les *rétrodéviations* utérines 1.684, les *fibromes* et les *polypes* 1.619. Nous diviserons les symptômes de l'endométrite en trois : a) les symptômes qui se manifestent au foyer même de la maladie, c'est-à-dire les symptômes qui se rattachent aux organes voisins, tels que l'urèthre, la vessie, le rectum et les nerfs du bassin ; c) les symptômes généraux.

Les symptômes du foyer de la maladie sont : les uns *fonctionnels*, les autres *nutritifs*. Parmi les fonctionnels, sont les troubles dans la sécrétion utérine.

La sécrétion peut être légère, et la femme ne s'en plaint pas ; — la sécrétion peut être considérable. La couleur de la sécrétion peut être d'un rouge pâle, verdâtre, jaunâtre, suivant la couleur que produisent les microbes. La consistance de la sécrétion est variable. En général la sécrétion rouge ou transparente n'offre aucune odeur ; mais elle peut devenir fétide par la putréfaction. Les pertes de sang sont aussi variables que les sécrétions. La quantité et la durée de la perte menstruelle ne sont pas caractéristiques pour une variété d'endométrite quelconque.

La douleur ressemble à une colique utérine si l'utérus a une contraction. Les douleurs deviennent continues s'il y a un écoulement de sang.

Dans l'endométrite exfoliative, le type de la douleur est caractéristique. Cette douleur commence avant la menstruation et se calme que lorsque la membrane est expulsée. Les femmes éprouvent de sensations de brûlures, de tiraillement, de démanchement.

Dans l'endométrite catarrhale simple, la menstruation se passe sans douleur. Cependant, dans la moitié des cas, les malades ressentent de violentes douleurs dans les reins, dans les aines, dans le bas-ventre ; elles éprouvent une pesanteur dans le bas-ventre et des maux de tête.

La stérilité due à l'endométrite reconnaît pour cause, soit une inflammation de la muqueuse, stagnation des sécrétions, soit la présence de la causticité et l'acidité des sécrétions. Dans beaucoup de cas, l'endométrite est souvent la cause de la grossesse extra-utérine. L'hydrométrite de la cavité utérine ne reconnaît pas, d'après Löhlein, d'autres causes que l'endométrite. Parmi les troubles de l'accouchement que l'on peut rattacher à l'endométrite, il faut noter : l'anomalie dans les contractions utérines, un écoulement prématuré de l'amnios, un relâchement des parties molles, hémorragies, décollement tardif du placenta, contractions douloureuses excessives après l'expulsion du placenta, friabilité et rétention possible de débris de la cavité utérine, enfin sténose et atésie de la cavité utérine.

Quant aux troubles nutritifs, l'endométrite peut se présenter sous forme aiguë, subaiguë, chronique. Le virus peut se propager par la voie lymphatique au paramétrium, périmétrium, par les déplacements de l'utérus et occasionner des oophorites et salpingites. La propagation de l'affection aux organes voisins n'est pas rare ; c'est ainsi que chez les enfants, à la suite d'une vaginite, il y a une urétrite, une paramérite, ténosynovite, constipation, maux de reins, douleur dans les cuisses.

La marche de l'endométrite est aiguë, subaiguë et chronique. Dans la plupart des endométrites simples et purulentes, le stade aigu. Dans ce stade on observe de la fièvre, une septicémie plus ou moins purulente. Parfois dans les endométrites septicémiques il peut y avoir de violents frissons au début. Ces phénomènes

augmentent d'intensité lorsque les sécrétions ne peuvent sortir de l'utérus. L'utérus est très sensible à la pression, à la chaleur, un abattement, malaise général, parfois des vomissements. Parfois aussi, il y a des maux de tête, de la diarrhée. Dans l'infection gonorrhéique, il se produit des affections locales ; de 8 à 10 jours est la durée de la période aiguë. Un grand nombre d'endométrites commencent par la péri-utérine sans fièvre, le plus souvent à la suite des fausses couches, des couchements prématurés ou d'accouchements où il y a eu des débris de fœtus. Il y a souvent des pertes de sang, parfois une hémorragie intense. La plupart des endométrites secondaires, comme la tuberculose, présentent la forme chronique. Dans ce cas les sécrétions sont légèrement séreuses, mêlées de sang.

Un certain nombre d'endométrites deviennent chroniques, que l'on puisse noter un stade aigu ou subaigu. C'est le cas des femmes chlorotiques et anémiques que l'on reconnaît par la forme d'endométrite. Chaque forme d'endométrite peut être compliquée par une infection mixte, elle peut provoquer des complications plus ou moins intenses qui prolongent la période.

RUGE (de Berlin). — De l'endométrite cervicale, de l'endométrite particulière de la déchirure du col, de l'endométrite et de l'érosion.

L'endométrite cervicale se caractérise par un gonflement du col muqueux et une sécrétion exagérée des glandes. À la suite de la gravité du processus, l'endométrite peut être plus ou moins chronique, plus ou moins épaisse. Au lieu de l'écoulement d'ordinaire, il peut y avoir une rétention de ces sécrétions due à l'obstruction du col. Sous l'influence de cette rétention, le col peut s'atrophier. Il peut aussi se produire parfois des excroissances aux dépens du tissu conjonctif, qui peuvent prendre la forme de polypes. Ces excroissances ou polypes prennent l'apparence de pilles. C'est une érosion que l'on ne rencontre que dans les cas de l'utérus. Les déchirures du col exposent la muqueuse, l'épithélium cylindrique se transforme en épithélium pavimenteux épidermique. Le plus souvent le col lacéré est exposé à la pression abdominale, ou baigne dans la sécrétion. Sous cette influence les lèvres du col se retournent

L'ectropion se distingue de l'érosion vaginale de la portion en ce sens que l'ectropion est constitué par la muqueuse du col de l'utérus, tandis que l'érosion est situé au niveau de l'épithélium pavimenteux du vagin ou constitue la partie externe ou épidermique du col. Dans l'érosion, l'épithélium *pavimenteux* de la portion externe du col, se transforme en épithélium *cylindrique*, il se produit des *glandes*, des *papilles*, des follicules plus ou moins profonds.

BUMM (de Bâle). — **De l'étiologie de l'endométrite.** — Dans l'endométrite chronique du fond de l'utérus et dans les endométrites hyperplasiques on ne trouve généralement aucun microorganisme. L'affection de la muqueuse n'est pas entretenue par les bactéries. Dans le plus grand nombre des cas, les sécrétions purulentes de la muqueuse renferment des bactéries, des cocci et bacilles de diverses formes. Si ces différents microorganismes pénètrent dans la muqueuse, ils peuvent déterminer une infection septique aiguë ou subaiguë. L'endométrite chronique a pu être à son origine causée par des bactéries qui ont disparu et n'ont laissé pour trace que la lésion pathologique. Quant à la question des germes trouvés dans l'endométrite cervicale, ils sont les mêmes que ceux trouvés dans le fond de l'utérus.

(A suivre).

REVUE DE LA PRESSE

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE A TERME ; LAPAROTOMIE, EXTRACTION IMMÉDIATE DU PLACENTA ; GUÉRISON

Par M. le professeur **TOURNAY**.

Cette très intéressante observation a été recueillie par Mlle De Moerloose et publiée *in extenso* dans les *Annales de la Société Belge de Gynécologie et d'Obstétrique*. En voici un résumé :

Mme L..., âgée de 36 ans, mariée depuis 8 ans, n'ayant jamais été enceinte, entre à la Maternité de Bruxelles le 12 septembre 1894, accusant de *fortes douleurs intermittentes*, qui font supposer que le travail de l'accouchement est très avancé.

REVUE DE LA PRESSE.

examen du ventre donne les signes d'une grossesse à terme : les vements fœtaux sont très accusés et les doubles battements es à percevoir.

iose étrange, le toucher ne donne au contraire aucun signe de sse. Le vagin est étroit et sec ; le col est long, peu ramolli ; rus petit et mobile.

diagnostic de grossesse extra-utérine s'impose et devient abso- ent certain par un examen pratiqué par M. Tournay sous le roforme : il parvient ainsi, en effet, à isoler l'utérus *absolument*

es renseignements antérieurs sont très instructifs : cette femme it éprouvé les symptômes habituels de la grossesse, a ressenti vers is de *violentes douleurs abdominales* et un médecin consulté a lu à un *déplacement de l'utérus*. Après quelques jours de répit, douleurs reparurent et un second médecin diagnostiqua une *tumeur qui devait être enlevée le plus tôt possible*, la grossesse n'exis- pas, d'après lui.

ntinuant à souffrir, la malade se rendit dans un des grands tanx de Bruxelles : là on reconnut une grossesse, compliquée e *rétroversion utérine*.

es douleurs *paroxystiques* qui ont été indiquées comme un des i signes de grossesse extra-utérine (voir notre *Cours d'Accouche- ts*, 2^e édition, t. II, p. 92) ont tourmenté la patiente presque tamment jusqu'à la fin de la grossesse. Ces douleurs étaient déve- , intolérables depuis deux jours lorsque la femme est entrée à la rnité.

1 bain, le repos, des lavements laudanisés parvinrent à diminuer louleurs. Cependant, M. Tournay résolut avec raison d'intervenir tarder et le 14 au matin il pratiqua la laparotomie.

près avoir amené l'enfant au dehors, M. Tournay se décide à aire le placenta, dont la rétention est plus grave que l'enlèvement, i lui. C'est pourquoi il introduit la main dans la cavité, déchire itement les adhérences nombreuses et parvient à amener dans la e la totalité du gâteau, qui tenait encore aux parois pelviennes et térus par les feuillets du ligament large.

cherchant à pédiculiser ces cordages, une déchirure survient à rtie supérieure de la paroi « qui est excessivement mince et d'une scularité EFFRAYANTE ; un flot énorme de sang jaillit, inondant ut le champ opératoire. Le moment était critique. L'opérateur,

» sans perdre son sang-froid, tenta d'abord d'introduire la gaze ior
 » formée par la déchirure, espérant ainsi arriver à tamponner co
 » plètement le sac placentaire ; mais, en présence de la persistance
 » l'hémorrhagie, il renonça bien vite à ce moyen et plaça une ligat
 » élastique sur l'énorme pédicule formé par le ligament large : le li
 » élastique se brisa. Un second lien fut placé, mais double cette fo
 » L'hémorrhagie s'arrêta, ou du moins le sang ne s'écoula plus qu
 » petite quantité et en bavant. Le danger était momentanément éc
 » juré ; mais des difficultés inouïes se présentaient pour extir
 » complètement cette masse placentaire, qui n'était en somme qu'
 » volumineux paquet de vaisseaux. Avec une patience et une p
 » dence remarquables, M. Tournay sectionna le pédicule par peti
 » portions, chacune entre deux pinces hémostatiques, et eut
 » bonheur de parvenir à extraire ainsi toute la tumeur placentai
 » Mais tout n'était pas fini : il restait une dizaine de longues pin
 » fixées dans la cavité pelvienne. Des ligatures à la soie ou au cat
 » furent placées en chaîne sous chacune d'elles et toutes les pin
 » purent être enlevées ; cette partie de l'opération présenta de t
 » grandes difficultés. La paroi abdominale fut refermée par u
 » suture à étages, sauf à la partie inférieure où fut ménagée u
 » ouverture qui permet de placer un Mikulicz ; l'opérateur, par
 » moyen, voulait enrayer le suintement du sang par les surfa
 » cruentées.

» L'opération, commencée à 10 heures du matin, était terminée
 » 11 1/2 heures. »

Les suites de cette opération, aussi hardie que bien conduite, ont
 été heureuses. Quant à l'enfant, il mourut deux heures après sa na
 sance. Il pesait 2,300 grammes et présentait plusieurs déformations
 la tête et la face étaient fortement aplaties ; il avait des pieds bots

— Le succès remarquable obtenu par notre excellent collègue
 M. Tournay, fait honneur à sa hardiesse chirurgicale et est une no
 velle preuve de son sang-froid et de son habileté opératoire.

Cependant, nous n'oserions pas conseiller à tous les praticiens
 l'imiter : la vascularité effrayante, l'énorme flot de sang, les di
 cultés inouïes, dont parle l'observation, disent assez que l'ablation
 placentaire, si désirable soit elle, constitue une manœuvre excessi
 vement dangereuse.

C'est pourquoi on agit généralement, après l'ouverture du ven
 et l'extraction de l'enfant, comme M. Pothérat dans sa 3^{me} obser

tion ; on suture la paroi du sac aux lèvres de la plaie abdominale et l'on tamponne la cavité à la gaze iodoformée ; le placenta s'élimine peu à peu dans les jours suivants.

Les hardis et les habiles, qui craignent plus la septicémie que l'hémorrhagie, pourront imiter M. Tournay et procéder à l'enlèvement du placenta immédiatement après l'extraction de l'enfant.

(*Journal d'Accouchements.*)

MALADIES DES NOUVEAU-NÉS DUES A LA PRÉSENCE DU PUS DANS LE LAIT DES NOURRICES.

Cet important sujet de pathologie infantile a été soigneusement étudié par le D^r Damourette dans le service de M. Budin.

L'altération du lait par le pus est due à cette inflammation intracanaliculaire de la mamelle dite *galactophorite*.

La galactophorite est surtout fréquente dans les premiers mois qui suivent l'accouchement. Son début est insidieux, presque toujours et souvent, les symptômes généraux (frissons, céphalalgie, insomnie, malaise général), masquent, pendant un ou deux jours, les symptômes locaux. Il en résulte que le nourrisson tête, pendant ce temps-là, du lait déjà infecté et susceptible d'amener des affections très graves, parfois promptement mortelles.

A cette phlegmasie mammaire sont exposées les femmes qui ont peu de lait et dont les mamelons se crevassent à cause de la succion prolongée à laquelle les enfants sont contraints par la pénurie de sécrétion laiteuse. Les crevasses servent de porte d'entrée aux microorganismes qui existent dans la salive des enfants, micro-organismes inoffensifs quand le mamelon est sain, mais qui deviennent virulents quand ils sont en contact avec une excoriation.

La galactophorite se caractérise par l'induration du sein malade, des bosselures profondes enchâssées dans la glande, une douleur spontanée très vive qu'exagèrent la pression au niveau des intumescences et surtout la sortie du pus provoquée par compression du sein. Ce pus présente les caractères suivants : il est plus grisâtre que le lait ; sa consistance est plus grande et moins homogène ; il pénètre difficilement dans l'ouate ; il s'accumule à l'orifice du mamelon jusqu'à ce qu'il soit entraîné par son poids, tandis que le lait coule entraîné par sa fluidité.

La peau du sein n'offre pas de rougeur et l'on ne constate pas d'en-

onnaire dans l'aisselle, ce qui permet de différencier l'empyème de la lymphangite.

Pour prévenir la galactophorite consiste dans de grands lavages du mamelon avec de l'eau boriquée à 4 %. En cas de crevasses, lavages du mamelon après de l'alcool coupé de moitié d'eau ou de simple

immédiate de l'allaitement par le sein malade, et à tout nourrice atteinte de galactophorite. Les nourrices dont les nourrices ont été atteintes de cette affection sont considérées comme nuisibles à l'allaitement naturel, M. Damourette

1. gastro-intestinaux : dyspepsie gastro-intestinale ; diarrhée toxi-infectieuse fébrile, choléra infantile ; infection d'origine intestinale ;

2. d'inoculation microbienne aux muqueuses des cavités : stomatite labiale diphtéroïde, abcès rétro-pharyngiens, conjonctivites catarrhales ou purulentes, abcès sous-cutanés multiples ;

3. inoculation péri-anale : abcès des fesses et des cuisses, à la macération de ces régions dans les excréments ; des bactéries pyogènes ;

4. inoculation cutanée (furoncles, ecthyma, otite

septicémiques de deux ordres : Dans certains cas, sous l'influence des toxines, au lieu de provoquer des accidents graves, une septicémie suraiguë : les nouveau-nés diminuent de poids, ils sont considérablement sans troubles digestifs apparents, la respiration s'altère, les yeux s'excellent, les lèvres deviennent plombées, les joues marbrées de plaques violettes, l'enfant s'embarrasse et le petit malade succombe, on ne lui a pas eu perdu, quelquefois, le dixième de son poids. Dans d'autres cas, surgissent des abcès sous-cutanés multiples, provoquant des abcès froids et formant des nodosités sous-cutanées, peu douloureuses et ne déterminant pas d'élévation de la peau qui les recouvre. Ces abcès, dus à la contamination du pus que l'enfant a absorbé, sont toujours graves. (Journ. d'Acc.)

DEUX CAS DE RUPTURE DE L'UTÉRUS GRAVIDE.

D'après M. Kotschetkoff on a tort de ne plus attribuer aucun rôle, dans ces ruptures, à des prédispositions de l'organe, due à une affection antérieure, ainsi que le veut Bandl ; il y a, en effet, des cas où la théorie mécanique seule ne suffit pas à expliquer la rupture. Aussi, l'auteur croit-il que, le plus souvent, les deux causes agissent simultanément, ainsi que le prouvent les deux cas observés par lui dans le service du professeur Fenoménoff.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de vingt-neuf ans ayant eu quatre accouchements à terme, mais longs et pénibles ; actuellement, au terme de la cinquième grossesse, elle fut prise, au moment du travail, de douleurs très violentes dans le bas-ventre qui l'ont obligée d'entrer à l'hôpital. A l'examen, on trouve : le ventre ballonné, très douloureux à la palpation dans la région hypogastrique. Le fond de l'utérus est à deux travers de doigt de l'appendice xiphoïde. Œdème énorme des organes génitaux externes. Écoulement sanieux et fétide par le vagin. Température 39 degrés, pouls à 130. Pas de battements fœtaux. Dilatation complète ; présentation de la tête qui est à l'entrée du bassin. Diagnostic : rupture de l'utérus et endométrite septique. On fait la céphalotripsie et l'extraction du fœtus. Le toucher permet alors de reconnaître une rupture de la partie droite de l'utérus depuis l'orifice externe sur une étendue de 6 centimètres environ. La déchirure péritonéale était probablement moins étendue.

Mort, huit jours après, avec phénomènes de péritonite. A l'autopsie, on a trouvé de la péritonite suppurée, des fausses membranes au niveau du fond de l'utérus et autour de la rupture diagnostiquée pendant la vie. L'examen microscopique a démontré une métrite parenchymateuse chronique. D'autre part, il y avait aussi disproportion entre les dimensions du bassin et de la tête fœtale. Par conséquent, il y avait deux facteurs pour expliquer la rupture, sans qu'on puisse dire lequel prédominait.

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'une femme qui, après la rupture de la poche des eaux, a vu s'arrêter les contractions utérines ; deux jours après, vomissements, fièvre, frisson. Quelques jours plus tard, sortie du délivre et du cordon qui avaient une odeur infecte ; puis bientôt sont sortis par le vagin de petits os. Quinze jours après le début de ces accidents, abcès de la paroi abdominale, qui, en s'ouvrant, donne issue à un liquide purulent et fétide et aux os du squelette du

foetus. Ce cas se distingue donc par l'absence complète de douleur, d'hémorragie et de collapsus. L'auteur explique ce fait par la brusquerie très probable de la rupture de l'utérus ; de sorte que l'enfant a tout de suite passé dans la cavité abdominale et l'utérus a pu revenir sur lui-même. Comme dans le cas précédent, il y avait des lésions antérieures de l'utérus, ainsi que le prouvent les accouchements laborieux antérieurs et l'existence d'une fistule vésico-vaginale.

L'auteur conclut en disant qu'il faut toujours intervenir par la laparotomie, si l'on ne peut extraire le foetus par voie naturelle. Quand à l'utérus, il sera traité suivant son degré d'infection. (*Ejenedelnik*, n° 12, 1894.)

SYMPHYSÉOTOMIE.

M. Viridarski communique à la Société de gynécologie et d'obstétrique de Saint-Petersbourg un cas de symphyséotomie faite par le professeur Ott, chez une rachitique à bassin rétréci dans tous ses diamètres. La suture osseuse n'a pas réussi et on a dû appliquer l'appareil de M. Ott. Aujourd'hui, quatre semaines après l'opération, la malade va bien, mais est encore dans l'appareil.

BIBLIOGRAPHIE

I. **Œuvres de Léon Le Fort**, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris, vice-président de l'Académie de Médecine, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, publiées par le D^r FÉLIX LEJARS, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, chirurgien des hôpitaux de Paris. (Tome 1^{re}, fort volume in-8°. 20 fr. — Félix Alcan, éditeur, Paris.)

L'œuvre de Léon Le Fort est considérable ; son activité s'est exercée dans les sphères les plus diverses, et il appartenait à sa famille de réunir la plupart de ses écrits et d'en publier l'ensemble ; M. D^r Lejars, son élève et son gendre, s'est chargé de payer à sa mémoire cette dette sacrée.

Les œuvres complètes de Léon Le Fort comprennent trois volumes. Le premier est consacré à *l'Hygiène hospitalière*, à *la Démographie* et à *l'Hygiène publique* ; il débute par l'Éloge de Le Fort, prononcé à la Société de Chirurgie par Ch. Monod.

Sous le titre général **d'Hygiène hospitalière** (doctrine contagionniste), inscrit en tête de la première partie, sont reproduits les travaux de Le Fort sur des questions qui toute sa vie l'ont préoccupé. Le groupement chronologique permet de suivre l'évolution progressive de sa pensée et

enchaînement de ses efforts. C'est d'abord sa *Note sur quelques points de Hygiène hospitalière*, écrite en 1862, à la suite d'une longue enquête sur les hôpitaux anglais ; son livre des *Maternités*, paru en 1866, véritable monument, où l'on trouve émise et démontrée pour la première fois la doctrine contagionniste, qui lui appartient ; ses mémoires sur les *Hôpitaux sous tente*, sur le *Pansement simple par baignade continue*, sur le *Germe Ferment* et le *Germe Contage*, sur les *Pansements et la mortalité*, enfin l'introduction à la 9^e édition du Manuel de médecine opératoire de Malgaigne, où il expose et résume toute son œuvre.

La seconde partie est réservée à la *Démographie* et à l'*Hygiène publique*. Dès 1867, Léon Le Fort signalait le lent accroissement de la population française et le déficit relatif de la natalité, dans deux mémoires longuement documentés, et publiés, l'un par la *Revue des Deux-Mondes*, l'autre par la *Gazette hebdomadaire*. En 1870, il répétait le même cri d'alarme en appelant l'attention sur une autre cause d'affaiblissement de nos forces nationales : la mortalité des nouveau-nés. Vingt ans plus tard, la question de la *dépopulation* venait en discussion devant l'Académie et il y prenait part avec une autorité toute spéciale. L'abondance et la précision des documents et des statistiques ne nuisent en rien au charme de ses discours. Il en est de même de ses autres discours académiques, sur la *Prostitution*, sur la *Vaccination obligatoire* et l'*isolement des varioleux*, etc.

Des traits nombreux relient les matières de ce premier volume et lui assurent une réelle homogénéité. — Le second sera réservé aux travaux de Léon Le Fort sur la *Chirurgie militaire et l'Enseignement* ; le troisième à ses travaux de *Chirurgie proprement dite*. — Cet ouvrage deviendra ainsi « l'histoire complète de la vie intellectuelle de Léon Le Fort, l'expression intégrale de son activité ; de cet ensemble, sa grande figure apparaîtra toute entière, avec tous ses traits ».

II. — Des modifications du sang, par le traitement thermal de l'eau de la Bourboule, source Choussy-Parrière, par M. Philippe LAFON.

III. — Recherches pathogéniques sur le rhume des foies, par le Dr JOAL (du Mont-Dore).

IV. — Contribution au diagnostic des maladies de poitrine, par M. FARRAS, docteur ès sciences. (Extrait des *Annales de la Société d'Hydrologie Médicale de Paris*.)

V. — Société d'Hydrologie Médicale de Paris. Compte rendu de la session 1893-1894, par M. LEUDET.

VI. — De l'obésité et de son traitement aux eaux de Brides-les-Bains (Savoie), par le docteur E. PHILBERT.

VII. — A propos du projet de loi de M. Béranger, sénateur, visant le recolage sur la voie publique, par le docteur L. LE PILSUA, médecin de Saint-Lazare.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

74. — Conduite à tenir dans les présentations de l'épaule: version céphalique ou podalique; embryotomie. — Evolution spontanée. — Inutilité et danger de la brachiotomie. — Le jour même où paraissait notre dernier article, nous recevions le *Journal des sages-femmes* du 1^{er} juin contenant une leçon de M. Tarnier sur le même sujet.

Comme d'habitude, les opinions du savant professeur de la clinique obstétricale de Paris sont très pratiques et fort semblables aux nôtres et, vu l'importance de la question, nous croyons utile de reproduire une partie des lignes publiées par la feuille française.

M. Tarnier raconte d'abord le cas d'une multipare qui est venue s'accoucher dans son service d'un enfant mort se présentant par l'épaule; la grossesse n'était qu'à 6 mois 1/2 et l'enfant ne pesait que 1.300 grammes. A l'arrivée de la patiente, l'épaule plongeait profondément dans l'excavation et l'évolution spontanée ne tarda pas à s'effectuer. Les conditions spéciales de cet accouchement expliquent aisément la facilité de ce mode *exceptionnel* de terminaison.

Il continue comme suit :

Quand vous avez reconnu une présentation de l'épaule, que faut-il faire ? — Une seule chose, la version.

Et l'évolution spontanée, me direz-vous ? — Il n'y faut pas compter et l'accoucheur, le médecin, qui attendrait cette évolution spontanée et, se fiant là-dessus, n'interviendrait pas, serait cent fois coupable. C'est donc dans le cas de présentation de l'épaule, toujours la version qu'il faut faire ou du moins tenter. Avant que la dilatation soit complète, comme on ne peut point pénétrer dans l'utérus, il faut essayer de la version par manœuvres externes, mais aussitôt que le col est complètement dilaté, vous ferez la version par manœuvres internes, ce qui vaut mieux.

Mais peut-on toujours faire la version ? Non, malheureusement, et cela, le plus souvent, parce que les femmes vous font appeler si tard, que l'épaule est descendue trop avant dans la cavité pelvienne, que l'utérus s'est tétanisé sur le fœtus. — On a vu même — surtout autre-

is — des femmes dans ce cas qui, en outre, avaient été soumises à seigle ergoté ; et alors, l'utérus est tellement tétanisé qu'il est absolument impossible de passer, d'introduire la main pour aller faire version. Il faudrait déployer une force considérable pour franchir col, ce qui aurait pour résultat à peu près certain de déterminer la rupture du vagin ou celle de l'utérus.

Quelquefois donc on ne peut pas passer, soit par suite de l'engagement trop profond du tronc, soit à cause de la contracture, du tétanisme de l'utérus. Alors que faut-il faire ?

Qu'arrivera-t-il si l'on ne peut pas intervenir autrement ? La femme épuisera en vains efforts, et finira par succomber ; ou bien encore l'utérus se rompra, et la femme mourra par suite des accidents entraînés par cette rupture.

Si l'accoucheur n'intervient pas, la femme mourra toujours ou par épuisement, par surmenage, ou par suite de rupture de l'utérus.

Laissez-moi vous rapporter deux faits qui se sont tout particulièrement gravés dans ma mémoire, parce qu'ils se sont produits à des époques fort rapprochées.

J'étais en vacances, chez moi ; je fus appelé, un jour, à quatre kilomètres, pour porter secours à une femme qui ne pouvait pas accoucher. Quelque bonne envie que l'on ait de prendre du repos lorsqu'on se trouve à la campagne, il faut, dans bien des cas, surmonter son besoin de tranquillité lorsqu'on vient faire appel à votre complaisance, lorsqu'on sait que l'on pourra peut-être rendre service. Je m'empressai donc de monter en voiture et de me rendre auprès de la femme épuisée. J'arrivai, mais, au moment où je descendais de voiture, où j'allais entrer dans la maison, on vint me dire : Il est trop tard, la femme est morte.

Je trouvai, pendant hors de la vulve, une main et un bras cedémateux. C'était une présentation de l'épaule et on avait laissé une femme jeune, forte, vigoureuse, s'épuiser en efforts stériles, succomber par épuisement, sans doute, par surmenage, et cela parce qu'on n'avait pas fait la version.

Quelques jours plus tard j'étais appelé — cette fois à dix kilomètres chez moi — pour un cas identique. Je m'empressai d'accourir et, nouveau, à mon arrivée, on m'apprit que la femme venait de succomber. Comme chez la première, je trouvai une main sortant de la vulve. Encore une femme qui était morte parce que la version n'avait pas été faite.

Eh bien ! dans le cas où la version est impossible, que faire pour sauver la femme ? — Puisque cette femme est destinée à une mort certaine, il n'y a pas à hésiter, il faut faire l'embryotomie rachidienne et la faire avec un instrument quelconque ; car il est à peu près certain que vous n'aurez pas sous la main les instruments spéciaux qui ont été fabriqués *ad hoc*. Vous ferez l'embryotomie rachidienne avec les ciseaux de Dubois, si vous n'avez pas autre chose, il est même possible de la pratiquer avec des ciseaux ordinaires.

Il faut, en somme, couper le fœtus en deux. Lorsqu'il sera séparé en deux parties, il sortira de l'utérus. Rien n'est plus commode. Dans l'opération, la difficulté consiste dans la section de l'épine dorsale.

Il m'est arrivé, deux ou trois fois dans la vie, de couper un bras du fœtus pour me débarrasser et de faire l'embryotomie ensuite. Mais je ne vous cache pas que je regrette d'avoir fait cette section du bras ; je le regrette surtout, parce qu'on l'a publié, imprimé dans les livres ; car au fond, cette amputation est inutile, je dirai même qu'elle est presque nuisible. — Il y a, en effet, des médecins qui ont amputé le bras, et ont fait la version après et qui ont amené un enfant vivant. Vous voyez leur déconvenue, leurs remords ; ils avaient cru le fœtus mort, tandis qu'il était vivant. En outre, ils ont été attaqués, poursuivis et ont dû rendre compte devant les tribunaux de leur conduite imprudente, plus qu'imprudente.

En résumé, dans les présentations de l'épaule, ne comptez jamais sur l'évolution spontanée ; faites la version si cela vous est possible et, si la version n'est pas possible, faites l'embryotomie rachidienne.

Quand vous essayerez la version — sous le chloroforme, cela va sans dire — n'insistez pas trop, ne vous acharnez pas trop, ne forcez pas les choses, songez que vous pourriez déterminer une rupture de l'utérus.

Voilà pourquoi — lorsque l'enfant est mort — vous ferez la version, *si elle est facile*, et, pour peu que vous rencontriez de résistance vous ferez l'embryotomie rachidienne.

Si l'enfant est vivant, insistez davantage sur les tentatives de version que vous n'abandonnerez pas pour l'embryotomie que lorsque vous aurez la certitude que cette version n'est pas possible et que vous sentirez qu'en allant plus loin vous vous exposeriez à déchirer l'utérus.

Il y a encore des cliniques et des livres où l'on enseigne la brachiotomie, où l'on dit que le bras descendu dans le vagin gêne la manœu-

vre, où l'on admet par suite l'utilité d'amputer ce bras procident pour permettre à l'accoucheur de pénétrer plus aisément dans les parties à la recherche des pieds.

Les praticiens formés à ces écoles sont donc entraînés à enlever le bras, et n'ont aucune hésitation quand l'enfant est mort.

Nous avons depuis longtemps combattu cette manière de faire aussi bien dans notre Cours que dans ce Journal.

La vérité enseignée par les faits et que la version n'est pas rendue plus difficile par la présence du bras foetal dans le vagin, mais par la présence et l'engagement de l'épaule, *qui obstrue le détroit supérieur*. L'ablation du bras n'enlève nullement l'obstacle et laisse dans le haut du vagin des parties sanglantes, mutilées, informes, méconnaissables, de sorte que toutes les manœuvres ultérieures deviennent plus compliquées et plus dangereuses, notamment la décollation puisqu'on n'a plus le bras comme guide et comme soutien.

Concluons : *la brachiotomie dans la présentation de l'épaule est inutile, inefficace et nuisible : elle ne doit jamais être pratiquée.*

(*Journal d'accouchements.*)



75. — Traitement de l'avortement, par le Dr RIVIÈRE (*Gaz. hebdomadaire*).— Contre l'avortement, il y a surtout deux moyens à employer : « le repos absolu au lit et l'administration de l'opium ». Donc, mettre la femme au repos absolu, lui faire prendre un grand lavement évacuateur et, celui-ci rendu, donner un lavement composé de deux cuillerées d'eau contenant 20 gouttes de laudanum de Sydenham. Il faut se servir d'une petite seringue en verre munie d'une fine sonde en gomme qu'on poussera haut dans l'intestin, au-dessus des sphincters. Souvent les contractions utérines se calment, la perte sanguine cesse et tout rentre dans l'ordre ; presque toujours il y a au moins atténuation. Alors, une heure après, deux heures au plus, second lavement avec vingt gouttes environ. Et au besoin, une ou deux heures après troisième lavement semblable ; et on peut continuer ainsi jusqu'à 100, 120, 150 gouttes même, en surveillant, bien entendu, la susceptibilité de la femme.

Quelle conduite à tenir, lorsque ces moyens échouent et que l'avortement se fait malgré tout ?

1° Il n'y a pas de complications. — La conduite est bien simple : ne

rien faire et laisser aller ; ou plutôt faire simplement quelques injections discrètes avec 20 ou 25 centigrammes de sublimé par litre. Et lorsque tout semble terminé, s'assurer que tout est bien venu ; chose facile si l'œuf a été expulsé entier ; bien plus délicate lorsque l'avortement s'est fait en deux temps. En tout cas, s'il n'y a pas complication, ne pas se hâter, pas d'exploration intempestive ; simplement expectation, repos et antisepsie.

2° Il y a des complications. — Ce sont « l'hémorragie » ou la « septicémie ». 1° « Hémorragie ». Il est rare que survienne une hémorragie, inquiétante au moins, « quand l'œuf intact est encore contenu dans l'utérus » : elle est cependant possible. Que faire alors ? La conduite est bien nette. Le danger, c'est l'hémorragie ; c'est donc l'hémorragie qu'il faut arrêter. « Tamponner » solidement le vagin avec des tampons de ouate aseptique, suffisamment serrés, tamponner sans spéculum, sans pommade ; c'est, il est vrai, une opération un peu douloureuse, mais le résultat est sûr. Le plus souvent, du reste, les contractions utérines, excitées encore par la présence du tampon, achèvent le décollement de l'œuf et, quand on enlève le tampon, l'œuf suit et l'avortement se trouve achevé. « L'hémorragie survient quand l'œuf rompu a laissé échapper le fœtus » et qu'il ne reste dans l'utérus que les annexes en totalité ou en partie : c'est le fait le plus ordinaire. Ici, la conduite à tenir est plus complexe. Le traitement par excellence de l'hémorragie, c'est de vider l'utérus, mais de le vider complètement. Et cela, par le « curettage », digital d'abord, souvent suffisant, et au besoin par le curettage instrumental. Le curettage effectué, l'utérus vidé, l'hémorragie s'arrête toujours ; si elle persiste, c'est qu'il y a encore des débris dans l'utérus ; il faut aller les chercher. Mais, si le médecin hésite à faire le curettage, il peut se borner à tamponner encore.

3° Septicémie. — Si on assiste au début des accidents, il suffira le plus souvent de procéder à une toilette antiseptique très sérieuse des voies génitales, de faire matin et soir une injection intra-utérine au sublimé, de saupoudrer l'orifice vulvaire avec la poudre d'iodoforme et de l'obturer soigneusement avec de la ouate aseptique et un bandage en T pour enrayer les accidents. Si, malgré une antisepsie minutieuse, si malgré la quinine à haute dose, la fièvre persiste, les frissons se renouvellent, si le ventre reste douloureux, le curettage est indispensable.

76.— Phénomènes fébriles dus à la constipation chez les nouvelles accouchées ; moyen d'y remédier. — Une des premières précautions à prendre quand on est appelé auprès d'une femme en couches, c'est de débarrasser l'intestin au moyen d'un lavement glyceriné. On évite de cette manière pendant la période d'expulsion la sortie des matières stercorales qui souillent les parties génitales et peuvent infecter la parturiente. Les microbes contenus dans les déjections peuvent, en effet, pénétrer facilement par les déchirures de la vulve, les excoriations de la muqueuse vagino-vulvaire qui se produisent toujours à ce moment.

Ceci fait, on abandonne généralement la patiente sans se préoccuper les jours suivants de la constipation qui survient si facilement chez les femmes en couches. Or la rétention des matières chez les nouvelles accouchées peut présenter des dangers considérables et provoquer des accidents fébriles qui en imposent fréquemment par un début de fièvre puerpérale. Voici les symptômes que l'on constate d'habitude :

Pendant trois ou quatre jours, quelquefois plus, la malade n'a pas d'évacuation. La température, qui jusque-là était normale, s'élève à 39°-40° avec frissonnements. Le ventre est douloureux, ballonné, la langue sale, il existe de la céphalalgie avec malaise général. Ces phénomènes peuvent faire craindre l'invasion d'une fièvre puerpérale et donner la plus grande inquiétude. Cependant un examen attentif permet de rapporter ces accidents à leur véritable cause. En effet, les lochies sont normales, non odorantes ; du côté de l'utérus on ne constate aucune modification fâcheuse, aucune sensibilité du cul-de-sac ; la montée du lait a été régulière. L'examen du ventre permet de sentir une accumulation de matière dans le cœcum et l'S iliaque, fait confirmé par le toucher vaginal qui dénote dans l'ampoule rectale la présence de fèces durcies. L'indication précise est d'évacuer l'intestin le plus vite possible. Nous recommanderons volontiers pour obtenir ce but l'emploi des Granulines Brunot, qui à la dose d'une cuillerée à soupe amèneront facilement plusieurs selles. Les granulines ont cet avantage d'être prises sans répugnance par toutes les malades, de ne pas provoquer d'irritation intestinale trop vive et de combattre la paresse intestinale. En cas d'insuffisance d'action du purgatif on administrerait un lavement. Le plus souvent, après la purgation, on voit comme par enchantement disparaître les phénomènes fébriles et tout rentre dans l'ordre.

Il faut donc surveiller minutieusement le fonctionnement intestinal

chez les femmes enceintes et entretenir la liberté du ventre. En effet, un accident plus grave peut encore dépendre du séjour prolongé des matières dans l'intestin. C'est le passage à travers la muqueuse intestinale irritée et dénudée de bactéries et de microbes jusque dans le péritoine, d'où infection de la séreuse et phénomènes septiques. La situation dans ce cas est beaucoup plus alarmante, car l'inflammation du péritoine comporte toujours un pronostic inquiétant et les suites peuvent en être fatales.



77. — Inutilité des injections vaginales pendant les suites de couches. — La question des injections vaginales dans les suites de couches a été très discutée depuis un certain temps et diversement résolue. Cependant, actuellement, parmi les accoucheurs actuels, M. Tarnier est à peu près le seul qui continue encore cette pratique que la plupart considèrent comme inutile et parfois même comme dangereuse. M. le Dr L. A. Sébilleau vient d'apporter sur ce sujet de nouveaux documents qu'il a recueillis dans le service de M. le professeur Pinard. L'historique de la question est en grande partie emprunté aux articles de ce journal dans lesquels nous avons indiqué quelle était la pratique de chacun des accoucheurs des hôpitaux (voyez art. 14654 et 14683). De plus, M. Sébilleau rappelle que, dès 1880, M. Lucas-Championnière disait : « Je n'ai aucune confiance dans les injections répétées à tout instant dans le vagin et même dans l'utérus, dans le tamponnement de tous les vagins, je tiens en particulier en médiocre estime les *injections dans les jours qui suivent l'accouchement*.

« Aussi, après avoir tâtonné, après avoir vu de médiocres résultats de ces interventions violentes, j'ai conclu que pour l'accouchement, le chirurgien antiseptique devait se contenter d'un à peu près et surtout rechercher les précautions de propreté chirurgicale absolue.

« Ce sont les préceptes que j'ai mis en pratique depuis bientôt deux ans dans mon service de l'hôpital Cochin. »

Et plus loin :

« Les injections quotidiennes ou bi-quotidiennes préconisées par quelques-uns étant, d'après mon expérience, des causes d'irritation funestes pour les suites de couches, je les défends absolument dans mon service, sauf des cas tout exceptionnels. »

Depuis cette époque, cette manière de faire s'est généralisée. M. Sé-

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

e, en particulier, la pratique de M. Pinard et arrive à cette conclusion que les injections vaginales sont le plus souvent inutiles dans les suites de couches ; en effet, le vagin est alors un milieu aseptique fait qu'il ne renferme pas de microorganismes pathogènes ; en admettant la théorie de l'auto-infection soutenue par certains auteurs, l'antisepsie qui a été faite minutieusement à l'épouillage a dû le débarrasser des microbes qu'il pouvait contenir ; d'ailleurs, les toilettes des organes génitaux externes faites plusieurs fois par jour avec des solutions antiseptiques, les pansements locaux antiseptiques, mis sur la vulve dans l'intervalle, doivent suffire pour mettre à l'abri de l'hétéro-infection pendant les suites de couches normales.

Elles sont même *dangereuses* dans certains cas et exposent à deux accidents : des accidents généraux dus, soit à un défaut des soins antiseptiques, soit à l'ignorance de la pratique opératoire ; des accidents particuliers attribuables à l'intoxication produite par une solution antiseptique trop forte ou à une trop grande quantité de

ant il est quelques indications précises qui autorisent l'accès à faire des injections vaginales chaudes et antiseptiques dans les suites de couches ; ce sont les suivantes : une légère élévation de température ; des lochies fétides ; une accumulation de caillots dans le vagin ou la rétention des membranes.

(*Journal de méd. et de chir. prat.*)

Traitement des vulvites et des vulvo-vaginites

causes. — *Prophylaxie.* — Eloigner les enfants des femmes atteintes d'écoulements vaginaux. Éviter les bains en commun. Interdire l'entrée de l'école à l'enfant atteint de vulvite aiguë. Passer à l'ébullition à l'eau bouillante tous les objets contaminés.

traitement général. — A instituer quand la vulvite est liée au fer ou à l'anémie.

traitement local. — Comby. — Lotions trois fois par jour avec infusion de feuilles de noyer suivies de pulvérisations de salol sur les lèvres. Appliquer ensuite un tampon d'ouate hydrophile maintenu par un bandage. En même temps, trois bains sulfureux par

Brocq. — Faire au moins trois fois par jour un lavage soigné des parties malades avec de l'ouate hydrophile salicylée trempée dans une solution antiseptique (sublimé au 1/1000^e) ; acide phénique au 1/100^e ; acide borique au 1/10^e ; chlorate de potasse au 1/100^e, puis saupoudrer avec :

Salol finement pulvérisé.....	} à à p. é.
Iodoforme	

M.

Pour les lotions, on pourra avoir recours à l'une des formules suivantes :

Alun.....	30 gr.
-----------	--------

Eau.....	1000
----------	------

M.

Sulfate de zinc.....	5 gr.
----------------------	-------

Eau.....	1000
----------	------

M.

Percblorure de fer.....	5 gr.
-------------------------	-------

Eau.....	1000
----------	------

M.

Iode.....	5 gr.
-----------	-------

Tannin.....	45 gr.
-------------	--------

Eau.....	1000
----------	------

S'il existe de la vaginite, en même temps, outre les injections, avec la solution suivante :

Permanganate de potasse.....	1 gr.
------------------------------	-------

Eau distillée.....	1000
--------------------	------

faites dans le vagin par l'orifice de l'hymen.

Appliquer des suppositoires :

Iodoforme.....	2 à 4 gr.
----------------	-----------

Beurre de cacao.....	Q. s.
----------------------	-------

F. S. A. Une bougie longue de 0 m. 05 à 0 m. 08 et de 1 centimètre d'épaisseur. (*Journal de clinique et thérapeutique infantiles.*)

79. — La vapeur d'eau chaude dans le traitement des maladies utérines. — La *Semaine médicale* relate les bons

résultats obtenus par M. le docteur L. Pincus, de Dantzig, par l'emploi de la vapeur d'eau chaude dans un cas de cancer inopérable de l'utérus, trois cas d'endométrite fongueuse, cinq cas d'endométrite cervicale et un cas d'endométrite puerpérale putride.

L'auteur employait à cet effet une petite chaudière munie d'une soupape de sûreté (celle d'un inhalateur à vapeur par exemple) communiquant au moyen du tube de caoutchouc gris capable de résister à une température de 100° avec une canule intra-utérine ; celle-ci présentait à son extrémité trois fentes longitudinales de 5 centimètres, destinées au passage de la vapeur d'eau, et, près de son pavillon, deux petites tiges s'adaptant à un manche de bois permettant de tenir la canule sans se brûler les mains.

Chez toutes les malades, à l'exception de celle atteinte de cancer, le col était préalablement dilaté au moyen de gaze iodoformée ou d'un dilateur utérin.

Dès que l'eau entrait en ébullition, M. Pincus enlevait la lampe à esprit-de-vin, introduisait la canule dans l'utérus, puis replaçait immédiatement la lampe sous la chaudière. De cette façon, il parvenait à éviter presque complètement la douleur qui se produit lorsqu'on introduit la canule pendant qu'elle laisse échapper la vapeur d'eau.

Chez la malade cancéreuse, chaque fois que le jet de vapeur commençait à pénétrer dans la matrice, on voyait s'écouler une quantité notable de sang et de liquide sanguinolent, charriant de nombreux grumeaux et flocons. Au bout de 30 à 45 secondes, M. Pincus retirait d'abord la lampe de sous la chaudière puis il enlevait la canule intra-utérine ; celle-ci était recouverte de caillots noirâtres fortement adhérents qui obstruaient les orifices de la canule. D'où nécessité de munir toujours d'une soupape de sûreté l'appareil vaporisateur et de se servir de canules pourvues d'ouvertures suffisamment larges.

Les effets thérapeutiques obtenus dans ce cas ont été très satisfaisants ; après chaque séance les hémorragies et l'écoulement fétide disparaissaient et les douleurs diminuaient considérablement. Ce résultat se maintenait pendant une période de 8 à 11 jours après chaque application.

Dans les cas d'endométrite hyperplasique, l'application intra-utérine de vapeur d'eau était suivie au troisième jour d'un écoulement abondant qui détergeait la muqueuse utérine et s'arrêtait au bout de 9 à 12 jours. Après plusieurs séances, on obtenait la cessation des

ménorrhagies. Cependant dans un cas, le traitement provoqua de coliques utérines violentes qui furent calmées au moyen d'un badigeonnage de la cavité cervicale avec une solution de cocaïne.

Enfin, dans les endométrites cervicales et dans le cas d'endométrite puerpérale putride, les effets du traitement ont été également favorables.



80. — Traitement de la péritonite tuberculeuse.

A. *Forme aiguë.*

1° Faire des onctions sur l'abdomen, matin et soir, avec la pommade suivante :

Axonge benzoïnée.....	40 grammes.
Laudanum de Sydenham.....	4 —
Chloroforme.....	3 —
Extrait de belladone.....	2 —
Extrait de ciguë.....	1 —

2° Maintenir sur le ventre une vessie de glace.

3° Tous les deux jours, faire dans le flanc une injection hypodermique de deux centimètres cubes avec :

Gaïacol.....	5 grammes.
Eucalyptol.....	10 —
Huile d'olives stérilisée.....	100 cc.

4° Régime lacté. Boire toutes les deux heures une tasse de lait.

B. *Forme chronique.*

1° Alimenter le malade avec du lait, des crèmes, des purées de viande.

Donner deux cuillerées à soupe par jour de *sirop iodo-tannique phosphaté*.

2° Deux fois par semaine, faire dans le flanc une injection hypodermique de deux centimètres cubes avec :

Gaïacol.....	5 grammes.
Eucalyptol.....	10 —
Huile d'olives stérilisée.....	100 cc.

3° Tous les deux jours, faire également une injection hypodermique de cinq centimètres cubes avec du *sérum de sang de chien immunisé*.

4° Si l'ascite est trop considérable et détermine de la dyspnée, pratiquer une ponction à l'aide de l'appareil Dieulafoy.

5° Si une amélioration ne survient pas, et s'il n'y a pas généralisation de la tuberculose dans les poumons, pratiquer la *laparotomie* et faire un lavage avec de l'eau bouillie.



81. — Sérothérapie de l'érysipèle et de l'infection puerpérale — Le simple aperçu suivant va donner de nouveau une idée de l'importance des recherches dites spéculatives au point de vue pratique.

Des observations cliniques prouvent l'identité d'origine de l'érysipèle et de l'infection puerpérale.

Qui ne se souvient de cette aventure tragique de deux jeunes filles vierges de Liège contaminées pendant la période menstruelle par une tierce personne atteinte d'érysipèle et finissant par succomber aux terribles étreintes d'une péritonite généralisée de nature septique ?

En 1886, feu *J. Snyers* a raconté leur triste histoire dans les *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège* (pages 304-337).

Sans vouloir multiplier les exemples de ce genre, on peut conclure que les sujets atteints d'érysipèle transportent aisément le streptocoque *primum movens* de l'infection puerpérale.

Comme nous l'avons déjà dit, l'infection puerpérale est alors franchement de nature érysipélateuse et mérite à la lettre le nom d'érysipèle interne proposé par Winckel.

Si la cure des accidents puerpéraux est justifiable de la sérothérapie, il doit infailliblement en être de même de la guérison de l'érysipèle. Les faits confirment déjà cette manière de voir.

Klemperer le premier est parvenu à guérir des souris de l'infection streptococcique en leur inoculant du sérum de lapin rendu réfractaire au poison sécrété par les streptocoques.

Nironof en injectant sous la peau des lapins une quantité minimum de culture de streptocoques portée au préalable à la température de 120°, a pu ainsi rendre le sérum de ces animaux antitoxique, anti-streptococcique.

Roger et *Charrin* ont déclaré en février à la *Société de Biologie* que si les faits cliniques sont encore trop peu nombreux pour justifier une conclusion définitive concernant l'action curative du sérum

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

dans les cas d'érysipèle et de fièvre puerpérale, ils autorisent à mesurer son innocuité et en permettent l'usage dès le début de l'infection (Voir *Journal d'Acc.*, p. 90).

Marmorek ayant exalté la virulence des streptocoques par passages successifs, a traité de la sorte 46 malades atteints d'érysipèle grave et qui ont tous guéri.

Josué et *Hermery* d'une part et *Jacquot* de Creil d'autre part donnent chacun l'observation détaillée d'un cas grave d'infection puerpérale guérie par les injections de sérum.

Tel est le bilan du sérum antistreptococcique dont l'importance n'échappera à personne. (*Journal d'Accouchements*)



82. — Cas heureux de symphyséotomie. — M. Braithwaite a donné à la *Société médico-chirurgicale de Leeds* les détails d'une opération de symphyséotomie pratiquée sur une femme de vingt-huit ans avec un succès complet. La patiente se trouvait dans de bonnes conditions : elle était à terme, en travail depuis onze heures avec un col entièrement dilaté ; l'état général était satisfaisant, l'enfant vivait. Le diamètre antéro-postérieur du détroit du bassin mesurait neuf centimètres et demi. Sous le chloroforme, on tenta l'application de forceps qui ne donna aucun résultat. Une incision verticale, près de quatre centimètres, finissant au niveau du bord supérieur du pubis, fut pratiquée sur la ligne médiane, et le doigt fut introduit en arrière de la symphyse pour décoller les parties molles ; puis la symphyse fut sectionnée avec un herniotome ordinaire ; mais la section présenta quelque difficulté. Dès que la symphyse eut été sectionnée, la délivrance devint facile. Deux mois plus tard, la mère et l'enfant sortaient de l'hôpital en parfait état.

M. Braithwaite recommande de faire l'incision au-dessus de la symphyse : la peau se trouve ainsi mieux soutenue et il y a moins de risques de contamination par les lochies. Le décollement préalable des parties molles en arrière de la symphyse permet d'éviter les hémorrhagies. Avec un couteau courbe, la section est plus facile.



83. — Du sublimé dans la pyémie puerpérale, par T. KEZMARSKY. — On sait que les thrombus veineux partant de l'utérus

peuvent, après s'être désagrégés, être lancés dans le torrent circulatoire, former des foyers métastatiques et donner lieu à une forme de pyémie puerpérale dont le traitement ne peut triompher.

Comme l'on a reconnu l'impossibilité d'agir sur les thrombus eux-mêmes, de faire de l'antisepsie générale, on ne peut actuellement que faire en sorte de mettre l'organisme mieux en état de lutter contre cette infection généralisée. C'est, en effet, à cette indication que se borne tout le traitement. Von Kezmarsky a cherché si l'on ne pourrait employer la première méthode ; il fallait pour cela trouver des substances assez concentrées pour être actives, sans que pour cela elles devinssent dangereuses pour l'organisme, ou bien encore des substances qui, même diluées, arrivassent à lutter avantageusement contre les microorganismes.

C'est, cette dernière théorie à laquelle l'auteur s'est rallié. Aussi eut-il l'idée d'injecter du sublimé par voie sous-cutanée. Le succès n'ayant pas été ce que l'on aurait pu supposer, l'auteur alla plus loin et injecta le sublimé dans les veines elles-mêmes. Voici les doses employées : 0 gr. 001 à 0 gr. 005 mill. Dans les deux cas sur lesquels l'auteur appuie ses observations, il employa une fois dix injections, l'autre fois huit injections. La première malade reçut ainsi 0 gr. 037 mill., la seconde 0 gr. 031 mill.

Sans se hâter de conclure d'une façon trop favorable, il faut affirmer que cette médication n'a pas été sans fournir quelques résultats sérieux : la température, en effet, s'est abaissée pour se rapprocher de la normale, et l'état général des malades s'est amélioré d'une manière tout à fait remarquable. Evidemment l'on sait que les pyémies puerpérales peuvent guérir spontanément ; néanmoins, les faits rapportés par l'auteur n'en sont pas moins dignes d'attention. Si ce n'est pas à son traitement qu'est attribuable l'heureux résultat auquel elles semblent avoir donné lieu, il n'en faut pas moins conclure que ces injections ont été parfaitement inoffensives, et l'on peut sans crainte voir là une indication que l'on suivra peut-être avec succès.

(*Centralblatt für. Gynæckol.*)

84. — Stérilisation instantanée de l'ouate hydrophile. — MM. Lermoyez et Helme indiquent dans la *Presse médicale* un procédé extrêmement pratique pour stériliser soi-même extempora-

nément les tampons et plumasseaux d'ouate hydrophile qu'on a à employer pour éponger ou tamponner les plaies ou les cavités naturelles et qui, par conséquent, peut être utile aux gynécologistes.

Sans aucune précaution antiseptique, on prend un fragment d'ouate hydrophile quelconque, qu'on enroule à l'extrémité d'une tige porte-coton, suivant le procédé dont on a l'habitude. Pour rendre aseptique le plumasseau ainsi formé, on le plonge dans de l'alcool saturé d'acide borique, on l'en retire et on l'enflamme. L'alcool, en brûlant, flambe l'ouate et la stérilise, tandis que l'acide borique, dont les propriétés ignifuges sont connues, prévient sa carbonisation. Cinq secondes suffisent : quand la flamme, d'abord incolore, prend une coloration vert vif on l'éteint. L'ouate demeure blanche, elle est sèche, à peine chaude, et conserve ses propriétés hydrophiles. Des ensemencements répétés ont montré aux auteurs que des porte-ouates ainsi flambés sont toujours stériles. Aussi le médecin de campagne, sans autre appareil qu'un flacon d'alcool boriqué, peut, avec le premier flacon d'ouate venu, fabriquer un tampon rigoureusement aseptique, sans aucune perte de temps.

* * *

85. — Solution pour injections intra-utérines après la délivrance. — M. le professeur TARNIER préconise les injections intra-utérines suivantes après la délivrance :

R. Teinture d'iode	40 grammes.
Iodure de potassium	6 —
Eau distillée	1000 —

M. F. solution pour l'usage externe.

* * *

86. — Vomissements incoercibles de la grossesse. (STUVER.) — L'auteur recommande la solution suivante :

Cocaïne	0 gr. 12
Antipyrine	1 gr. 00
Eau distillée	90 gr. 00

Par cuillerées toutes les demi-heures ou toutes les heures.

Cette solution peut être aussi employée contre les vomissements de cause centrale ou périphérique.

FORMULAIRE

Traitement de la dysménorrhée congestive par l'antipyrine.

(JULES CHÉRON.)

Le traitement de la dysménorrhée mécanique se confond avec celui de la sténose du col, de l'étranglement du canal cervical, de l'antéflexion ou la rétroflexion qui créent un obstacle matériel à l'écoulement facile du sang menstruel.

Dans les dysménorrhées nerveuses, les antispasmodiques (extrait de belladone, extrait de jusquiame, etc.) donnent des résultats très satisfaisants, de même que le salicylate de soude est le médicament des dysménorrhées des arthritiques.

C'est particulièrement dans la dysménorrhée congestive, indépendante de toute lésion locale, que l'antipyrine trouve son indication précise.

Voici comment il convient d'employer l'antipyrine, en pareil cas :

Antipyrine..... 6 grammes
en douze cachets.

Dès le début des douleurs menstruelles, prendre trois cachets à 1/4 d'heure d'intervalle ; interrompre pendant 2 à 3 heures ou même plus longtemps si la sédation de la douleur persiste assez complète ; dans le cas contraire, reprendre un, deux ou trois cachets à un 1/4 d'heure d'intervalle, jusqu'au calme. La dose de six cachets est la dose maximum pour une journée.

Le plus souvent il n'est pas nécessaire de recourir à l'antipyrine le second jour des règles, la dysménorrhée étant, dans cette forme clinique, de moins en moins vive, à mesure que s'établit l'écoulement menstruel. Si, cependant, la douleur existait encore le second jour, on pourrait reprendre de la même façon que la veille, trois à six cachets d'antipyrine.

Nous n'avons jamais vu la dysménorrhée congestive nécessiter l'emploi de doses plus élevées d'antipyrine et nous n'avons jamais eu besoin d'y recourir le troisième jour des règles.

Directeur-Gérant, D^r J. CHÉRON.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICAL

DES

MALADIES DES FEMM

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

LE TRAITEMENT DES RÉTRODÉVIATIONS UTÉRINES. — LE DR
UTÉRIN AU CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE DE BORDEAU

I. — Le traitement des rétrodéviations utérines a été l'ordre du jour du Congrès de gynécologie de Bordeaux nous la discussion qui a eu lieu à ce sujet.

On peut dire que toutes les déviations de l'utérus doivent être corrigées, dit M. BOUILLY, car elles sont susceptibles d'être compliquées de complications graves ; mais le traitement s'impose chez les femmes qui sont encore dans la période génitale dans la majorité des cas, je crois qu'on peut se dispenser de faire une opération et arriver à un résultat très satisfaisant par la méthode de douceur, c'est-à-dire par l'emploi des pessaires. Cependant, il est des faits où l'appareil de soutènement est insuffisant et où l'application d'un pessaire est alors indiquée. Dans les cas de ce genre il est nécessaire de pratiquer une colporrhaphie, et quelquefois l'on voit ensuite disparaître les symptômes que l'on attribuait à la rétrodévation. Quant au choix du pessaire, je dois dire que, à mon avis, la plupart des pessaires sont mauvais ; cependant j'en ai trouvé un, une sorte de pessaire de Hodge à dossier élevé, et qui m'a donné d'assez bons résultats. Le pessaire appliqué, l'utérus re-

Revue des Maladies des Femmes. — AOÛT 1895.

antéversion exagérée ; l'amélioration est rapide. J'ai pu suivre 120 femmes traitées comme je viens de l'indiquer et n'ai eu qu'à me féliciter des résultats obtenus.

M. DOLÉRIS abonde dans le même sens.

M. PICHEVIN, tout en admettant l'efficacité des pessaires dans un certain nombre de cas, insiste sur la nécessité de soigner l'utérus malade, d'enlever au besoin un ovaire sclérokystique et préconise la colpo-hystéropexie antérieure.

M. DUBOURG préconise la dilatation graduelle de l'utérus, l'application du drain de Lefour (qui permet souvent, dit-il, l'évacuation naturelle de poches volumineuses d'hydro, de pyo ou d'hématosalpinx), puis, si c'est insuffisant, le raccourcissement des ligaments ronds, précédé au besoin de la libération des adhérences par l'élythrotomie postérieure, réservant l'hystéropexie abdominale pour les cas de lésions annexielles assez graves pour nécessiter la laparotomie.

M. KEIFFER insiste sur le terrain spécial qui donne naissance aux déviations utérines. Les résultats des diverses opérations préconisées contre les rétrodéviations sont peu encourageants à cause de la faiblesse acquise des tissus sur lesquels on opère et aussi parce qu'on essaie souvent de fixer l'utérus à des parties molles incapables de le soutenir, comme cela a lieu dans l'hystéropexie vaginale. Aussi conseille-t-il avant tout de chercher à améliorer le terrain opératoire par le massage, l'électricité, l'hydrothérapie et la thérapeutique générale.

M. RÉGNIER vante l'emploi des courants d'induction ou du courant alternatif sinusoïdal.

M. TÉDENOT emploie la dilatation à l'aide de mèches de gaze iodoformées et le massage. Contre les fortes adhérences, il emploie l'incision du cul-de-sac postérieur, comme M. Dubourg.

M. DURET parle de 4 cas dans lesquels il a fait l'opération d'Alexander légèrement modifiée.

M. JEANNEL, sur 30 hystéropexies, a retrouvé 18 opérées avec

1 récédive, 2 améliorations, 15 guérisons absolues. Par guérison absolue, l'auteur entend sans doute que la fixation a été solide.

M. VILLAR, sur 6 hystéropexies, a eu 1 insuccès complet, 2 malades non revues, 3 succès définitifs, dont deux ont pu être vérifiés au cours de la réparation d'une éventration consécutive. Ce n'est pas très brillant.

MM. LE DENTU et PICHÉVIN décrivent l'opération de Mackenrodt modifiée par eux et lui attribuent une grande efficacité quand on l'associe aux opérations plastiques vaginales.

M. JACOBS a fait 32 fois l'opération dont on vient de parler et a eu 7 récédives. Quant à l'hystéropexie abdominale pratiquée 73 fois, il a pu revoir 48 malades qui ont donné les résultats éloignés suivants : 13 grossesses consécutives après lesquelles 3 récédives se sont produites et 9 récédives parmi les 35 autres opérées. On voit que ce n'est pas non plus très encourageant, d'autant que, en outre, il y a eu « 3 accidents tardifs extrêmement graves, dont 2 occlusions intestinales, dues à la bride constituée par la formation d'un pédicule plus ou moins long entre l'utérus et la paroi abdominale ».

M. BINAUD attribue les insuccès de l'hystéropexie abdominale au manque de solidité du plancher pelvien et conseille la combinaison de l'hystéropexie et de la colporrhaphie.

M. BOURSIER dit qu'en guérissant les lésions inflammatoires on rend la rétrodéviatiion négligeable. Nous croyons, en effet, que le traitement des lésions inflammatoires est très important, mais nous croyons aussi que le redressement de l'utérus doit toujours être tenté et réalisé autant que possible.

En somme, discussion intéressante, mais qui ne nous apprend pas grand'chose. Nous avons déjà consacré plusieurs revues à cette question et nos lecteurs la connaissent suffisamment pour qu'il soit inutile de s'y attarder davantage.

II. — Le *drainage de l'utérus* fait son chemin et il a eu les

honneurs de la discussion à plusieurs reprises. Il ne faut pas s'en étonner, nos confrères de Bordeaux ayant tous plus ou moins expérimenté la tige intra-utérine de M. LEFOUR. Nous l'avons déjà vu noter par M. DUBOURG pour le traitement des rétrodéviations.

M. LEFOUR rappelle les bons résultats qu'il en a obtenus dans les cas de stérilité sans autre lésion apparente que la sténose du col, dans les douleurs dysménorrhéiques d'origine diverse ou dans les fausses couches répétées par intolérance utérine. Elles lui ont également donné les meilleurs résultats dans le traitement des métro-salpingites.

Il fixe la tige à l'aide d'un gros fil d'argent, placé à 1 centimètre au-dessus de l'orifice externe, et il tord les deux chefs du fil en avant du col sans craindre de serrer, car le col a été dilaté par la dilatation préopératoire.

Il n'a jamais laissé les tiges en place moins de six mois, et dans certains cas il en a laissé pendant plus de quatorze mois.

MM. LANNELONGUE et FAGUET déclarent avoir obtenu de bons résultats de la tige de Lefour dans les sténoses, les déviations utérines, les inflammations subaiguës et chroniques de l'utérus d'origine blennorrhagique ou puerpérale, les paramétrites, les salpingo-ovarites.

Enfin, M. BOUILLY, dans 10 cas d'antéflexion avec dysménorrhée ou stérilité, a laissé en place, pendant 3 mois en moyenne, une tige de Lefour. Pour la dysménorrhée, résultats merveilleux et persistant après l'ablation de la tige. Au point de vue de la stérilité, 3 grossesses qui ont évolué et se sont terminées normalement.

Ces faits méritent d'être retenus. Ils confirment du reste les observations publiées par M. CHÉRON pour démontrer l'utilité du drainage de la cavité utérine à l'aide des drains en crin de Florence, longuement étudiés, dans ce journal, en 1891.

LA GONORRÉE & SON TRAITEMENT CHEZ LA FEMME

Communication faite à la Société Médicale de Munich,

Par M. G. KLEIN, privat-docent (1).

Messieurs,

Nos idées sur la pathologie et le traitement de la gonorrhée chez la femme se sont considérablement modifiées dans le courant de ces dernières années. Jusqu'en 1891 on admettait d'une façon générale que le gonocoque, en tant qu'agent d'inflammation, ne peut exister que dans un épithélium cylindrique ; que chez la femme, par conséquent, il peut bien provoquer une endométrite et une salpingite gonorrhéiques, mais qu'il est impuissant pour provoquer une inflammation spécifique de la vulve, du vagin, du péritoine, moins encore du tissu conjonctif.

En 1891, Wertheim montra que le gonocoque peut envahir non seulement l'épithélium cylindrique, mais encore l'épithélium cubique du péritoine, voire même le tissu conjonctif. Son opinion sur la possibilité d'une suppuration du tissu conjonctif sous l'influence du gonocoque a été combattue par un certain nombre d'auteurs ; tout le monde était, par contre, d'accord pour admettre les autres parties de son mémoire.

Nos idées sur le traitement de la gonorrhée chez la femme se sont également modifiées, en ce sens qu'actuellement tout le monde admet que l'infection gonorrhéique aiguë demande un traitement très peu actif, pour ne pas dire une expectation armée. C'est du moins la position qu'ont prise dans cette question la plupart des gynécologues berlinois. Bræse, par exemple, dit ceci : « Je suis peu à peu arrivé à la conviction que l'infection gonorrhéique récente doit être, comme la plupart des infections aiguës, surmontée par l'organisme lui-même, et qu'un traitement général est, sous ce rapport, plus utile à la malade que tous les traitements locaux. » D'après Winter, le stade aigu de l'infection a son utilité, laquelle utilité consiste dans la suppuration formant défense contre l'invasion des gonocoques ; il admet même qu'avec un traitement « abstentionniste » la gonorrhée peut dispa-

(1) *Gaz. méd. de Paris.*

MÉMOIRES ORIGINAUX.

re au bout de huit jours d'une façon définitive. Veit pense
si qu'en cas d'infection unique le gonocoque n'envahit pas
trompes, ni le péritoine.

Avec un traitement approprié qui se résume en un ménage-
ment physique et thérapeutique, le pronostic de la gonorrhée
chez la femme devient bien moins sombre que ne l'admettait
Gerath; et son opinion sur l'incurabilité de la gonorrhée
chez la femme ne peut même plus s'appliquer aujourd'hui à la
gonorrhée chronique.

Avant, avant d'aborder certains points du traitement, je désire
me m'arrêter sur le diagnostic.

Pour faire le diagnostic, il faut trouver le gonocoque. En pra-
tique, dans la clientèle, on est réduit à l'examen microscopique
des sécrétions, et le diagnostic est fait quand on trouve les diplo-
coques caractéristiques inclus dans des cellules, se colorant fa-
cilement avec les couleurs d'aniline et se décolorant par la mé-
thode de Gram. Comme, chez la femme, la gonorrhée se localise
principalement dans l'urèthre et le canal cervical, on prend
des sécrétions de ces deux canaux dont les orifices sont préalable-
ment nettoyés, et on les étend sur des lamelles que l'on sèche
d'abord à l'air, ensuite sur la flamme d'un bec de gaz ou une
lampe à alcool. On les colore ensuite avec une solution filtrée de
safran de méthyle, et l'imprégnation une fois faite, on les lave au
moins de deux minutes avec de l'eau stérilisée. Il ne reste plus
qu'à examiner la préparation avec un objectif à immersion. La
coloration par la méthode de Gram n'est pas indispensable.
On admet généralement que, chez la femme, l'urétrite blen-
norrhagique disparaît très rapidement. Il n'en est rien et c'est
pour cela que dans chaque cas, en l'absence même des symptô-
mes uréthraux, on examinera les sécrétions uréthrales et, très
souvent, on y trouvera des gonocoques que l'on cherchera
également dans les sécrétions du col. Il faut donc examiner tou-
tes les sécrétions utérines et les sécrétions uréthrales, car c'est
la seule façon d'assurer le diagnostic. Disons enfin que, dans
certains cas, les sécrétions uréthrales, tout en étant purement
catarrhales, peuvent renfermer de nombreux gonocoques.

Le diagnostic microscopique de la gonorrhée est donc très im-
portant; toutefois, il n'est pas indispensable, et il est certain que
la gonorrhée aiguë peut être diagnostiquée, en s'appuyant exclu-

sivement sur l'ensemble des symptômes cliniques. On peut même dire que le diagnostic de gonorrhée s'impose chaque fois que, chez une femme ayant eu des rapports sexuels, on trouve de l'urétrite ou de l'endométrite, ou de la métrite ou de la salpingite, dont l'origine ne remonte pas à une septicémie puerpérale.

Nous avons déjà dit que le gonocoque peut envahir non seulement tous les épithéliums, mais encore le tissu conjonctif. Ces faits sont importants à connaître, car ils expliquent les complications de vulvite, de colpité, de paramétrite, de péritonite, qui surviennent dans l'infection gonorrhéique sans le concours d'autres microbes, sans le concours d'une infection mixte. Il est à remarquer qu'une certaine prédisposition à la gonorrhée et à ses complications existe d'une façon certaine. Ainsi, d'après Sænger, la vulvite gonorrhéique s'observe principalement « chez les vieilles femmes, les femmes enceintes, les femmes délicates, blondes », et Fritsch a caractérisé cette prédisposition en disant que la prolifération du gonocoque est liée non pas à la nature de l'épithélium, mais à ses propriétés biologiques. On connaît, du reste, le mot de Ricord: « Si vous voulez avoir une chaude-pisse, prenez une femme lymphatique, pâle, blonde plutôt que brune, etc. »

Que le gonocoque, en pénétrant dans le tissu conjonctif, puisse y provoquer des phénomènes inflammatoires, cela est hors de doute. On a trouvé le gonocoque dans le tissu conjonctif péri-urétral, péri-ovarique, péri-rectal, voire même dans les fentes lymphatiques du tissu sous-péritonéal. Wertheim, Saenger, Zweifel et autres ont signalé les abcès des ovaires d'origine gonorrhéique.

Les voies d'infection gonorrhéique sont très variables. Par contiguïté, le gonocoque peut remonter de la vulve dans le péritoine en passant par le vagin, l'utérus et les trompes ; il peut encore suivre la voie lymphatique pour passer directement de l'utérus dans le péritoine, de la muqueuse des trompes dans les ovaires ; il peut enfin pénétrer dans le sang et envahir les organes éloignés. C'est là l'origine des métastases.

En parlant des métastases, je tiens à insister sur un point fort important au point de vue pratique. A la suite des interventions très énergiques, à la suite d'un cathétérisme, d'un curetage, etc., les tissus sont fréquemment traumatisés et le gono-

coque pénètre dans le sang. Il est certain que, dans certains cas de gonorrhée aiguë, localisée à l'urèthre ou au col, une intervention thérapeutique tant soit peu énergique a pour résultat de transporter le virus dans le paramètre, de provoquer des métastases dans les articulations et les veines. Très souvent un massage, un cathétérisme, destinés à redresser un utérus fléchi, sont suivis d'une inflammation aiguë des annexes avec fièvre élevée et phénomènes péritonéaux ; souvent encore, une endométrite subaiguë, bénigne est transformée par le curettage en une périmétrite grave dont la guérison demande des années. On ne saurait donc insister trop sur ce point que dans la gonorrhée aiguë ou subaiguë de la femme le traitement doit être aussi peu énergique que possible.

Ces années dernières, on a apporté des faits fort curieux relatifs à l'envahissement de divers organes par le gonocoque. On sait maintenant que le gonocoque peut envahir non seulement les diverses parties de l'appareil génital de la femme, mais les organes et les systèmes très différents. Dohrn, Rosinski, Leyden ont signalé la stomatite ulcéreuse gonococcique des nouveau-nés ; dans l'observation de Kœnig, un jeune nourrisson contracte d'abord une conjonctivite gonorrhéique qui se complique de rhinite, d'otite moyenne de même nature. Sarfert a eu l'occasion d'ouvrir un abcès du sein chez une femme atteinte de gonorrhée : le pus renfermait des gonocoques. Barlow et autres ont signalé l'existence d'une cystite à gonocoques. L'existence d'une rectite catarrhale à gonocoques a été démontrée dans bien des cas, principalement chez des individus, hommes ou femmes, qui subissent le coït rectal. Notons à ce sujet que la proctite gonococcique est d'autant plus importante à connaître que souvent elle donne lieu à des ulcérations et rétrécissements ayant tous les caractères des rétrécissements dits syphilitiques du rectum.

Quant à la question de l'infection mixte dans la gonorrhée, nos connaissances sur ce sujet sont encore très obscures. Il y a quelques années, la salpingite suppurée, la péritonite circonscrite, la périmétrite ou périovarite, etc., étaient considérées, chez les femmes gonorrhéiques, comme le résultat d'une infection mixte. Cette hypothèse était erronée et, aujourd'hui, on sait que toutes lésions peuvent être produites par le gonocoque seul. Mais, d'un autre côté, on a trouvé dans le pus des trompes des bactéries

stocoque et staphylocoque, à côté du gonocoque. Les faits contradictoires peuvent-ils être conciliés, en attendant l'apparition des micro-organismes pyogènes se voit où le processus gonorrhéique commence à décliner.

Une question que l'on se pose souvent est de savoir à quel point la gonorrhée est fréquente chez la femme ? Il est difficile de répondre à cette question et les auteurs ne sont guère d'accord sur ce point. Kerrath admet que 80 0/0 des femmes sont atteintes. C'est beaucoup trop. Pour Schwartz et Saenger, elle existerait chez 12 0/0 des femmes qui s'adressent aux gynécologues. Ce chiffre n'est pas assez élevé et la vérité se trouve entre les deux extrêmes.

Après avoir établi, je passe aux diverses localisations de la gonorrhée chez la femme et à leur traitement. Mais, avant tout, je tiens à dire, encore une fois, que l'infection gonorrhéique, quelle que soit sa localisation, doit être traitée par un traitement physique et thérapeutique, par l'abstention de tout coït, et par une thérapeutique énergique. A cette règle, il n'y a qu'une seule exception : c'est le pyosalpinx qui, dans certains cas, exige une intervention chirurgicale. Les injections utérines et les injections locales n'existent que pour la gonorrhée chronique et rebelle et, même dans ce cas, il faut recourir à un traitement énergique, quand il existe une lésion des annexes. Quand, dans ces cas communs, on résiste, j'ai souvent réussi d'une façon assez satisfaisante avec le traitement que Leube emploie dans la gonorrhée aiguë et qui comprend le repos absolu au lit et les cataplasmes froids sur le ventre. L'opération peut être quelquefois nécessaire. Et il en est de même d'une foule d'autres cas de moindre importance.

En conclusion, j'ai l'intention de vous exposer toutes les méthodes thérapeutiques qui, à ces temps derniers ont été préconisées contre la gonorrhée chez la femme. Ce qui importe au praticien, c'est d'avoir à sa disposition une seule méthode, mais simple et pouvant s'appliquer à la majorité des cas. En exposant ma méthode, je n'ai pas la prétention de croire qu'elle est supérieure à toutes les autres, mais elle est tout simplement à titre de contribution au traitement de la gonorrhée que je veux l'exposer.

Je commencerai donc par signaler les diverses localisations de la gonorrhée chez la femme.

Presque toujours la gonorrhée envahit en premier lieu l'urèthre, et dans 50 % des cas, dans 70 % d'après certains auteurs, on trouve en même temps une gonorrhée du col. L'envahissement de la muqueuse utérine est plus rare et survient quelquefois à l'occasion des règles, d'un accouchement, d'une intervention chirurgicale locale. Les trompes ne seraient prises que dans 33 % des cas (Sænger, Rosthorn).

L'infection de la vulve et du vagin est généralement secondaire et s'effectue ordinairement quand l'écoulement du col ou de l'urèthre est particulièrement abondant. D'après certains auteurs, la vaginite ou la vulvite doivent dans ces cas être attribuées à l'action purement chimique de l'écoulement purulent. Seulement rien ne prouve pour la vulve, par exemple, qu'après la macération de l'épithélium, il ne s'agisse d'une inflammation spécifique.

On voit par là que c'est contre l'urétrite et la métrite gonorrhéique que l'on aura le plus souvent à lutter.

1° *L'urétrite gonorrhéique* constitue, comme nous l'avons dit, la localisation la plus fréquente de la gonorrhée chez la femme. Presque toujours, l'urèthre est envahi soit en premier lieu, soit simultanément avec d'autres organes. Rarement l'urétrite gonorrhéique se manifeste par des symptômes bruyants ; souvent même elle passe inaperçue aussi bien pour la malade que pour le médecin et ce n'est qu'en interrogeant la malade qu'on apprend que, les premiers temps après le mariage, la malade a éprouvé du ténesme vésical et a eu des mictions fréquentes. Le diagnostic ne peut être fait dans ces cas que par l'examen bactériologique des sécrétions uréthrales que l'on obtient en faisant couler une goutte de liquide à l'orifice externe.

L'urétrite aiguë ne nécessite aucun traitement local. Si les symptômes sont accusés, on met la malade au lit et on ordonne un régime doux. En fait de thérapeutique on prescrit les lavages de la vulve avec une solution de sublimé au 5000^e et les injections vaginales, à titre prophylactique, avec une solution de permanganate de potasse au même titre. En même temps on veillera à la régularité des selles et on défendra d'une façon absolue le coït.

Avec un tel traitement, quand on sait éviter toute intervention

l'aiguë guérit en trois semaines. Le pronostic est favorable.

La chronique qui le plus souvent succède à l'uréthrite aiguë, l'examen bactériologique des sécrétions revêt une importance diagnostique considérable. Le spéculum peut également être utilisée, à la condition de nettoyer préalablement le vagin.

Les symptômes de l'uréthrite chronique sont réduits à des picotements pendant la miction, sensation d'un corps étranger dans l'urèthre. Mais à côté de ces cas qui forment la majorité on en trouve où les malades souffrent pendant des années. Les symptômes que l'on trouve dans ces cas sont du ténesme vésical, douleurs, des difficultés de miction allant jusqu'à rétention complète de l'urine, si bien que l'on peut perdre la malade. Malgré cette symptomatologie les uréthrites chroniques sont considérées par des médecins, et même par des médecins instruits et consciencieux, comme hystériques, tandis qu'un simple examen de ces sécrétions par la voie du diagnostic en montrant la présence

de l'uréthrite chronique doit être local. On compte dans l'urèthre, tous les deux ou trois jours, avec une canule de Braun, une certaine quantité d'une solution de 3 %, que l'on remplacera plus tard par les injections de nitrate d'argent au 5000°. Ces injections sont douloureuses, et, quand elles provoquent de la douleur pas longtemps. En même temps on prescrira des bains de siège avec une solution de permanganate 0°, des bains de siège. On mettra la malade à l'usage de l'opium en prescrivant d'une façon absolue

l'usage du canal cervical se manifeste avant tout et en l'absence d'écoulement. L'écoulement est incolore, lactescent, chronique, purulent et sanguinolent dans l'uréthrite chronique, c'est contre cet écoulement que l'on fait tous les efforts, et, comme dit Fraenkel, il y a une association d'idées entre l'écoulement et les douleurs avec une solution d'alun.

Certainement, cette pratique banale n'est pas recommandable, et prescrire des injections en se basant exclusivement sur l'existence d'un écoulement ne constitue pas œuvre de clinicien. Mais, dans l'infection aiguë du col, ces injections ne sont pas mauvaises, moins dangereuses certainement que les injections caustiques plus énergiques, car l'alun peut du moins revendiquer un effet : c'est de durcir l'épithélium et de s'opposer ainsi à l'invasion du gonocoque.

Je préfère aux injections d'alun une substance désinfectante faible, le permanganate de potasse au 5000^e. On peut également employer avec succès les injections vaginales de Fritsch, surtout dans les cas où la gonorrhée du col s'est compliquée d'une vulvo-vaginite. Fritsch prescrit trois cents grammes d'une solution de chlorure de zinc à 50 %, dont on prend une cuillerée à bouche (20 grammes) pour chaque litre d'eau. Ces injections vaginales font rapidement disparaître la rougeur de la vulve et du vagin ; très rapidement aussi les sécrétions cervicales diminuent et le col reprend peu à peu son aspect normal.

L'écoulement n'est pas le seul symptôme de la gonorrhée cervicale. Aujourd'hui, on sait d'une façon certaine que les érosions du col sont également, dans la majorité des cas, de nature gonorrhéique. Dans ces conditions, si ces érosions ne sont qu'un des symptômes de l'infection gonorrhéique du col, on comprend qu'une thérapeutique, dirigée exclusivement contre elles, échouera forcément, surtout si la gonorrhée du col est passée à l'état chronique. Il faut donc dans ces cas s'attaquer avant tout à la muqueuse infectée, et souvent les érosions guérissent alors spontanément.

On commence donc par traiter localement la gonorrhée chronique du col. Ce qui réussit le mieux dans ces circonstances, ce sont les cautérisations de la muqueuse à l'aide des caustiques peu énergiques. On procède de la façon suivante :

Après avoir bien isolé le col dans le spéculum cylindrique ou bivalve, on le nettoie avec un tampon d'ouate trempé dans une solution phéniquée, en essayant d'enlever en même temps le bouchon du canal cervical. Si le bouchon est visqueux, difficile à enlever, on injecte avec la seringue de Braun, dans la cavité du col, soit une solution d'acide phénique à 3 % ou de borax à 5 % ; ou bien encore on essaie d'avoir le bouchon muqueux avec la sonde de Playfair garnie d'ouate trempée dans une solution.

Le col une fois libre, on injecte dans le canal cervical une petite quantité d'une solution de nitrate d'argent au 3000°. Mais si l'orifice externe du col est étroit, s'il s'agit d'une nullipare, il faut renoncer aux injections qu'on remplace dans ces cas par un atouchement de la muqueuse avec un tampon d'ouate enroulé autour de la sonde de Playfair et trempé dans la même solution de nitrate d'argent.

Ces injections suffisent souvent pour amener la guérison des érosions. Dans les cas contraires, il faut après chaque injection cautériser les érosions avec une solution forte (2 %) de nitrate d'argent.

Souvent le traitement qui vient d'être exposé permet d'éviter une intervention chirurgicale.

3° *L'infection gonorrhéique aiguë de la cavité du corps de l'utérus* se manifeste quelquefois par des symptômes très bruyants de péritonite, et souvent ce n'est qu'au bout d'une ou de deux semaines de repos au lit, d'applications de glace sur le ventre, d'administration d'opium, que l'inflammation se limite à l'appareil génital. Ce qui vient d'être dit constitue toute la thérapeutique de l'endométrite gonorrhéique aiguë : repos au lit, glace sur le ventre, opium, diète rigoureuse, mictions et selles régulières.

Mais il existe des cas où l'infection en question évolue d'une façon très bénigne, et cette période peut même échapper au malade. Aujourd'hui, nous savons que l'endométrite chronique relève très souvent d'une gonorrhée méconnue. Je vais même plus loin et je dis : La plupart des endométrites chroniques, survenant pendant la vie sexuelle et ne se rattachant ni à un avortement, ni à des accidents puerpéraux, sont de nature gonorrhéique. Toutefois il est indiqué de ne pas considérer comme étant de nature inflammatoire toutes les hyperhémies et toutes les hyperplasies de la muqueuse utérine. Ces hyperhémies et ces hyperplasies, qui disparaissent avec les causes qui leur ont donné naissance, se trouvent encore assez souvent dans les troubles de circulation locale ou générale consécutivement à des affections du cœur, du foie, des reins, dans les déviations de l'utérus, dans les hyperhémies de l'appareil génital en cas de sarcomes, de carcinomes ou de myomes ; dans tous ces cas il s'agit non pas d'une inflammation, mais d'une hyperhémie secondaire.

Sans parler du gonocoque, l'endométrite chronique peut encore

MÉMOIRES ORIGINAUX.

roquée par des bacilles tuberculeux, par des coli-bacilles saprophytes, voire même par des protozoaires. Mais, réquence, le rôle étiologique du gonocoque vient en premier, et bien que la démonstration bactériologique de la gonococcique de l'endométrite chronique fasse encore ces faits cliniques ne laissent aucun doute sur ce point.

admet que l'endométrite chronique est le plus souvent gonorrhéique, la conclusion pratique à en tirer, c'est le grattage, devenu malheureusement de pratique courante, est à ne pas être appliqué que dans des cas tout à fait exceptionnels. Dans la plupart des cas d'endométrite chronique le curettage ne produit nullement le plus souvent d'aucun effet, mais encore peut être directement nuisible, en ce sens qu'il donne une sorte de fouet à l'infection qui envahit alors les organes voisins. L'efficacité du curettage est du reste démontrée par ce qu'il arrive souvent on est obligé de revenir à la même opération plusieurs fois, sans que la malade en retire le moindre bénéfice.

Plus efficaces que les grattages sont, dans le traitement de l'endométrite chronique, le traitement local de la gonorrhée c'est-à-dire un traitement fortifiant général comprenant un régime alimentaire substantiel, le drap mouillé, le séjour au grand air, les injections vaginales, les bains de siège.

L'infection gonorrhéique aiguë ou chronique des annexes (ovaires, paramètre, péritoine pelvien) n'exige pas non plus un traitement bien actif, à moins qu'il n'y ait du pus dans les trompes et les ovaires, condition qui impose l'intervention chirurgicale, l'extirpation. Mais s'il s'agit d'un empâtement diffus, de fausses membranes entourant comme une gangue tous ces organes, le traitement de choix sera encore « le ménagement physiologique ».

La malade sera condamnée, pour un mois, au repos absolu, qu'on ne lui permettra pas de quitter même pour satisfaire ses besoins naturels ; deux fois par jour on appliquera de chauds cataplasmes sur le ventre ; on prescrira un régime qui veillera à la régularité des selles et de la miction.

On appliquera les cataplasmes s'il survient un mouvement fébrile ou des douleurs vives. La fièvre comme la douleur peuvent faire chercher l'existence d'un foyer de suppura-

che devra souvent être faite sous le chloro-

littera le lit que lorsqu'elle sera restée long-

Mais si la douleur persiste, si en un mot le
s échoue, il ne faut pas hésiter à recourir à
chirurgicale, à l'ablation des annexes. Mais si,
l'influence du traitement médical, la situation
vraie irrégulière apparaît de plus en plus rare-
s spontanées ou provoquées deviennent de
es, il faut persister. On prescrira alors les
de glycérine et d'iodure de potassium, injec-
tions, bains de siège, etc. ; on insistera sur
on enverra la malade à la campagne pour
et au soleil.

QUE THÉRAPEUTIQUE

voir les sept numéros précédents (1).

injections intra-utérines,

les CHÉRON, médecin de Saint-Lazare,

ATUAUD, ancien interne de Saint-Lazare.

s des injections intra-utérines : 1° pour déterger la
cervical et de la cavité utérine avant une cautéri-
oyen modificateur direct dans l'endocervicite et
a forme catarrhale ou de forme hémorrhagique.

dant la période aiguë de l'infection gonorrhéique,
s orifices. Les rétroflexions, sans être une contre-
oivent rendre circonspect dans l'emploi des injec-

en injections intra-utérines : teinture d'iode, solu-
chlorure de fer, solution de nitrate d'argent, solu-
inc à 10 0/0, glycérine créosotée, glycérine iodoformée,
glycérine phéniquée, glycérine ichthyolée, solu-
s, solution phéniquée, alcool rectifié, etc. Indica-
ces diverses substances.

: Seringue de Braun munie d'une canule métalli-

e la malade. Injection vaginale. Placement du spé-

de notre dernier article de technique thérapeuti-
avages intra-utérins en gynécologie, au lieu de par

MÉMOIRES ORIGINAUX.

rémaillère. Injection proprement dite. Pansement consécutif. séances.

tendus dans l'endocervicite et dans l'endométrite.

ons décrit, dans notre dernier article, les lavages intra-utérins ; les injections intra-utérines que nous allons étudier diffèrent essentiellement par la quantité beaucoup plus grande de liquide injecté chaque fois et par la composition généralement plus active de ce liquide.

En fait, on fait des injections de liquides peu visqueux pour déterger la muqueuse du canal cervical ou de la cavité utérine avant une cautérisation locale, plus souvent l'injection ne est pratiquée avec des solutions relativement beaucoup plus concentrées que celles qui servent pour les lavages intra-utérins et elle a pour but de modifier directement la muqueuse. On comprend très bien qu'elle ne remplace qu'imparfaitement les lavages intra-utérins, dans le premier cas, et que, dans le second cas, elle ne fait pas double emploi avec les lavages, mais qu'elle est appelée, au contraire, à compléter.

Considérons donc les injections intra-utérines comme un accessoirement pour indication de déterger la muqueuse du canal cervical et celle de la cavité utérine avant une cautérisation de ces muqueuses ; leur indication principale est d'agir comme un modificateur direct des lésions locales dans l'endocervicite et l'endométrite de forme catarrhale ou de forme hémorragique.

On a dit que la gonorrhée aiguë est, à notre avis, une contre-indication absolue à l'emploi des injections intra-utérines qui ne sont réservées qu'aux formes chroniques ou tout au moins subchroniques. Il est illusoire, dans la grande majorité des cas, de vouloir faire avorter une endocervicite gonorrhéique aiguë, par une cautérisation trop intense, de faciliter l'entrée dans la cavité utérine ou même des annexes par le gonocoque cantonné dans le canal cervical.

La dilatation des orifices du col est également une contre-indication absolue à l'emploi des injections intra-utérines ; on ne doit pratiquer ces injections que lorsque le canal cervical est largement béant et, au contraire, la dilatation préalable du col est de rigueur.

Dans les rétroflexions, les injections intra-utérines sont presque toujours suivies de douleurs vives, de coliques pénibles ; aussi, dans ce cas, devra-t-on attendre qu'on ait pu faire le redressement de l'utérus avant d'employer cette médication locale ; s'il y avait nécessité d'agir sans retard sur la cavité utérine, on donnerait la préférence à l'application intra-utérine à l'aide de l'applicateur de Playfair ou de tout autre instrument analogue. (Voir, dans un de nos prochains numéros, l'article : Applications intra-utérines.)

Les substances employées en injections intra-utérines sont nombreuses ; nous ne citerons que les principales avec leurs indications spéciales.

La teinture d'iode pure est utilisée depuis longtemps, surtout dans les endométrites hémorrhagiques ; elle est également d'un usage avantageux dans les endocervicites ulcéreuses, à la condition cependant que le canal cervical soit très large, car, dans les cas contraires, on aurait à redouter une atrésie du col.

La solution normale de perchlorure de fer est employée dans les mêmes conditions ; elle présente, sur la teinture d'iode, l'avantage d'être moins douloureuse, si on prend soin de se servir d'une solution parfaitement neutre.

La solution de nitrate d'argent à 1 ou 2 % est surtout indiquée dans la gonorrhée utérine chronique ; il faut l'injecter à très petites doses, en instillations, et seulement chez les multipares à col très large, pas plus d'une fois par semaine, et en veillant bien à ce qu'il n'y ait pas de sténose consécutive. C'est une substance très active, mais aussi plus dangereuse que toutes celles que nous passons en revue en ce moment. Il ne faut donc s'en servir qu'à bon escient et non d'une façon banale, comme on le faisait autrefois.

La solution de chlorure de zinc à 10 %, la glycérine créosotée au 1/3, la glycérine iodoformée à 1/10, la glycérine phéniquée à 1 %, la glycérine sublimée à 1 0/00, la glycérine ichthyolée à 10 % rendent des services surtout dans l'endocervicite catarrhale et dans les endométrites glandulaires plus que dans les formes hémorrhagiques.

La solution saturée d'acide picrique, la solution d'acide phénique à 1 % servent surtout à déterger la muqueuse utérine avant

une cautérisation plus énergique. L'alcool rectifié est préconisé dans les mêmes conditions, mais s'il nettoie bien le canal cervical, il détermine souvent des sensations pénibles de cuisson.

En résumé, le nitrate d'argent pour la gonorrhée chronique (avec les précautions que nous avons indiquées plus haut), la solution normale de perchlorure de fer pour les endométrites hémorrhagiques, la solution de chlorure de zinc à 10 % et la glycérine créosotée au 1/3 pour les endocervicites et les endométrites catarrhales, l'acide picrique pour enlever le bouchon muqueux du col, telles sont les substances qui conviennent le mieux, dans la pratique courante.

L'appareil instrumental est des plus simples : Une seringue de Braun, d'une capacité de 4 cent. cubes, munie d'une canule métallique ayant la courbure ordinaire et percée de deux orifices à son extrémité (l'un en avant, l'autre en arrière ; les orifices latéraux sont inutiles et pourraient quelquefois être dangereux). Une canule métallique est préférable à la canule primitive de Braun, qui se faisait en gomme durcie, car elle est plus facile à aseptiser par flambage ou par ébullition.

La malade étant placée dans la position habituelle de l'examen au spéculum, on procède à l'injection vaginale comme nous l'avons dit précédemment. Le col est mis à nu à l'aide du spéculum à crémaillère, puis soigneusement essuyé avec de l'ouate hydrophile. Un petit tampon d'ouate est placé, sur la valve inférieure du spéculum, au contact du col, pour absorber le liquide qui vient sourdre à l'orifice externe pendant l'injection.

La canule de la seringue, chargée au préalable de la solution choisie, est introduite dans le canal cervical ou dans la cavité utérine, suivant qu'on veut agir sur la cavité du col ou sur la cavité du corps, et l'injection est poussée lentement à la dose d'une seringue entière pour la plupart des liquides énumérés plus haut, à la dose de cinq à dix gouttes seulement s'il s'agit du nitrate d'argent.

L'injection terminée, on retire la canule, on essuie de nouveau le col et on place, sur le museau de tanche, un pansement approprié (voir l'article : Pansements vagino-cervicaux).

En moyenne, on fait une injection intra-utérine tous les deux ou trois jours, mais les injections de nitrate d'argent ne doivent

pas être répétées plus d'une fois par semaine, par crainte des sténoses consécutives.

Les injections intra-utérines sont un peu tombées en défaveur dans ces dernières années ; elles rendent cependant de véritables services dans les endocervicites et les endométrites chroniques de moyenne intensité et curables par des soins purement médicaux. Si on respecte rigoureusement les contre-indications que nous avons pris soin d'indiquer plus haut, si on choisit convenablement la solution à injecter, si on procède aseptiquement et enfin si on surveille l'action des injections au point de vue des sténoses consécutives, on en constatera certainement de bons résultats. Il est incontestable, d'autre part, qu'il vaudrait mieux s'en abstenir que de les employer sans discernement et sans précautions.

(A suivre.)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Sixième Congrès de la Société allemande de gynécologie

Tenu à Vienne du 5 au 7 juin 1895

(Suite et fin.)

DODERLEIN (de Leipzig). — Des rapports de l'endométrite avec les fonctions de la génération. — Hégar nous a montré que les maladies de l'œuf humain étaient causées par l'endométrite. Il a de plus démontré que la plupart des avortements étaient dus à un développement anormal de l'œuf ; c'est pourquoi il faut examiner l'œuf expulsé pour reconnaître la cause de l'avortement. Les femmes disent souvent qu'elles ont reçu un coup, qu'elles ont fait un effort, tandis que si l'on regarde bien, qu'on examine attentivement, la cause est souvent dans une malformation de l'œuf. — Il existe peu d'observations d'endométrite infectieuse pendant la grossesse. Je ne veux point parler des endométrites qui se produisent à la suite d'un avortement ou d'un accouchement. Je veux seulement établir si, pendant la grossesse les microorganismes peuvent pénétrer dans la muqueuse utérine,

ou entre les membranes de l'œuf. *Donat* a observé, à la clinique de *Crédé*, un cas de métrite purulente dans un accouchement avant terme (8^e mois). *Donat* trouva les globules du pus dans l'amnios et dans la caduque. Il constata des foyers purulents dans le placenta entre l'amnios et le chorion. Il n'a pas trouvé de gonococcus. Dans trois cas d'avortement le docteur *Emmanuel*, assistant à la clinique de *Viet*, a examiné la muqueuse déciduale, il a trouvé 2 fois des coccus colorés par la méthode de Gram et une fois un bacille qui se comportait sur les cultures comme le *BB. coli communis*. — *Franqué* et *Merthens* ont fait des recherches semblables dans des cas d'endométrite déciduale et n'ont pas trouvé de microbes dans le foyer d'infiltration. — Dans les conditions normales, la cavité de l'utérus gravide est stérile : c'est-à-dire qu'elle ne contient pas de germes. Ceci a été démontré par les recherches unanimes d'Ott, Zerniewky, Thomen, Mironow, *Franqué*. Ceci est un criterium important pour les suites de couches normales. Les mêmes auteurs ont trouvé le plus souvent le streptococcus dans les lochies de femmes malades. Les cas graves de fièvre puerpérale sont causés, d'après *Dolériss*, *Bumm*, *Vidal*, etc., par ces endométrites septiques. J'ai pu m'en persuader moi-même par mes propres recherches. Dans les organes malades de fièvre puerpérale, utérus, muscles, foie, reins, veines thrombosées, lymphatiques, on trouve toujours des microorganismes. Comme l'ont démontré depuis longtemps les recherches de *Dolériss* (*in thèse Paris 1880*). — L'endométrite septique est une maladie plus fréquente qu'on ne le croit généralement. Elle ne peut être démontrée que par des recherches bactériologiques. Je me rappelle l'observation d'une femme accouchée, morte le quatorzième jour après l'accouchement. Elle présentait pour tout symptôme un abcès du sein.

L'examen bactériologique démontra que la muqueuse utérine, le muscle utérin étaient remplis de streptococcus.

Pourquoi dans un cas y a-t-il une endométrite localisée, dans un autre une paramétrite localisée, une péritonite, chez une autre une lymphangite ou une thrombophlébite ? Il est difficile de répondre affirmativement. D'après *Bumm*, il s'agit d'une différence de virulence, mais nous n'avons pas de criterium pour apprécier le **degré de virulence** des microbes. Outre la virulence, il faut considérer la résistance que certains organes et le sujet lui-même

opposent à l'affection. Les phagocytes ou globules blancs du sang (*Metschnikoff*) jouent un grand rôle dans la lutte de l'organisme contre l'agent infectieux.

WERTHEIM (Vienne). — **De la gonorrhée utérine.** — L'utérus est, après l'urèthre, le lieu de prédilection de l'infection gonorrhéique. Dans la plupart des cas, l'utérus est infecté directement ; dans certains cas, il est seul infecté et l'urèthre ne présente aucune modification. L'infection gonorrhéique de l'utérus est toujours aiguë dans le premier stadium. Elle a produit une inflammation de la muqueuse utérine caractérisée par une endométrite interstitielle. En passant de l'état aigu à l'état chronique, l'endométrite devient glandulaire, les glandes deviennent plus nombreuses. A côté de l'altération de la muqueuse, il s'est produit un état inflammatoire de la musculature utérine. Cette lésion se traduit par une infiltration du tissu conjonctif et un épaissement de la paroi des vaisseaux. Finalement il se produit une hypertrophie du tissu conjonctif de la matrice caractérisée par une augmentation de volume, une sensibilité et une douleur au niveau de la matrice soit à la pression, soit spontanément. — Dans un certain nombre de cas on peut trouver les gonococcus dans la muqueuse. Il y a beaucoup de cas où on ne trouve pas les gonococcus soit par la culture, soit par le microscope. La recherche des gonococcus est d'autant plus difficile que l'on pénètre plus avant dans les tissus. Je me suis servi pour mes recherches de pièces anatomiques provenant d'opérations faites à la clinique du professeur Schauta. *Schauta* enlève l'utérus dans les cas où les annexes sont infectées par un pus gonorrhéique. Je n'ai utilisé que des pièces provenant de cas où l'infection gonorrhéique existait encore ou avait été démontrée antérieurement. Dans 8 cas, la présence des gonococcus fut constatée dans la cavité utérine. Dans trois cas les gonococcus avaient été constatés dans les sécrétions utérines avant l'opération. Dans un cas, les annexes de nature gonorrhéique avaient été enlevées depuis un an, et on trouve encore des gonococcus dans l'utérus extirpé. Enfin dans 6 cas on ne constata pas de gonococcus dans le pus des annexes ni dans la cavité utérine ; mais les antécédents et l'histoire de la maladie ne laissaient aucun doute sur la nature de l'infection gonorrhéique. L'orifice interne de la matrice n'est pas un obstacle capable

d'arrêter l'émigration des microbes dans la cavité utérine. Nous sommes persuadé qu'une infection nouvelle est souvent la cause de l'exacerbation de l'infection gonorrhéique. Nous en avons publié un cas dans la *Wiener Klin. Wochenschrift*, 1894. Pour nous, l'infection nouvelle est souvent la cause des poussées aiguës de l'infection, et cela peut se constater chez les femmes mariées, comme chez les femmes qui ne le sont pas. L'état puerpéral offre un terrain favorable à l'infection gonorrhéique. En outre, la menstruation, la copulation et les différentes manipulations intra-utérines sont également des sources et des causes d'infection.

WERTHEIM (de Vienne). — De la cystite gonorrhéique pure. — J'ai observé un cas de cystite gonorrhéique pure chez une jeune fille de 9 ans atteinte de vulvovaginite gonorrhéique. Cette jeune fille se plaignait de douleurs très violentes dans la vessie. Les urines contenaient du pus et dans ce pus j'ai trouvé des leucocytes renfermant des gonococcus. En outre, au moyen du cystoscope, j'ai excisé un morceau de muqueuse. J'ai trouvé dans les coupes de ce morceau de muqueuse une grande quantité de gonococcus. Vous pouvez voir dans les préparations que je vous présente des amas de gonococcus dans l'épithélium de la muqueuse et dans le tissu conjonctif sous-muqueux. Ceci prouve l'existence d'une cystite gonorrhéique, ce qui avait été nié jusqu'à présent, tant par les auteurs français (*Rebeaud*) que par les auteurs allemands. De plus, j'ai trouvé des amas de gonococcus dans les vaisseaux capillaires et dans les petits vaisseaux qui étaient littéralement oblitérés par les gonococcus. Il s'agissait, non de vaisseaux lymphatiques, mais de vaisseaux sanguins, puisque à côté des gonococcus on voyait des globules rouges du sang. Cette découverte montre l'existence d'une thrombose gonorrhéique et la possibilité d'une endocardite de nature gonorrhéique.

FEHLING (de Halle). — Du traitement de l'endométrite. — Dans le traitement de l'endométrite, il faut distinguer le traitement de l'endo-PUERPÉRALE et de l'endo-NON puerpérale. — Dans l'endométrite puerpérale aiguë, dès l'apparition de la fièvre on lavera le vagin toutes les 2 ou 3 heures avec la solution suivante : lysol 6,5 %, a. phénique 2 %, permanganate de potasse 2 à 5 pour 1,000, sublimé 1 gr. pour 4,000 d'eau. Le sublimé est contre-in-

diqué dans les cas de néphrite ou d'anémie grave. Si au bout de 24 heures la fièvre ne tombe pas, il faut faire alors des injections intra-utérines. Il faut, à la fin de l'injection, exercer une faible pression sur l'utérus de manière à faire sortir tout le liquide injecté. Le curettage de l'utérus n'est indiqué que lorsqu'il reste des débris de placenta ou de membrane en putréfaction. Dans ces cas, les injections ne suffisent pas à enlever ces débris. Il est inutile de tamponner l'utérus avec la gaze iodoformée, l'utérus, largement ouvert, n'a pas besoin de drainage. Après le curettage, je fais un badigeonnage à l'intérieur de la cavité utérine avec un tampon imprégné d'une solution alcoolique d'acide phénique à 50 %.

Dans l'endométrite aiguë, en dehors de l'état puerpéral, le traitement consiste dans le repos au lit, la glace, cataplasme, laxatifs légers, morphine et codéine. Si les annexes sont saines, il faut traiter l'intérieur de la cavité utérine avec la solution suivante : acide phénique 50 % (solution alcoolique), chlorure de zinc 20 %, teinture d'iode 20 %, nitrate d'argent 10 %, ou la mixture suivante : glycérine 100, eau distillée AA 10 grammes, ichtyol AA 10 grammes.

Avant de faire le traitement de l'endométrite chronique, il est indispensable de rechercher s'il n'y a pas, en dehors de l'utérus, une inflammation des annexes, du paramétrium, du périmétrium ou du péritoine pelvien, qui impose une abstention ou une contre-indication au traitement de l'endométrite.

Le mieux est de traiter l'inflammation des annexes, de les enlever s'il y a lieu, et alors l'endométrite disparaît d'elle-même. Dans les catarrhes du col et du vagin, il faut d'abord traiter le col et le vagin avant de s'occuper de l'endométrium.

Dans les congestions de la matrice, il faut faire des saignées locales du col, le massage de l'utérus, les injections chaudes, tampons glycerinés, ergotine, hydrastis, réduction de l'utérus.

Pour traiter l'endométrium, il faut que l'utérus soit suffisamment ouvert ; pour cela on emploie : a) les dilateurs en métal, gomme durcie ; le verre et le bois ont l'inconvénient de forcer et de causer des éraillures dans la cavité utérine ; — b) la dilatation par la gaze iodoformée introduite dans le corps suivant la méthode de VUILLET ; — c) les tiges de laminaires sont préparées, en les faisant bouillir trois minutes dans une solution phéniquée

à 5 %, et sont conservées dans une solution d'éther iodoformée à 10 %. — Chez les nullipares, on emploie deux tiges de douze heures en douze heures. Chez les femmes qui ont déjà accouché une fois, une seule tige suffit.

Ces dilatations sont indiquées : 1° lorsqu'on soupçonne une tumeur maligne de l'utérus et que le microscope ne donne aucun résultat ; 2° pour le diagnostic du siège, du polype ou du fibrome sous-muqueux ; 3° lorsque, à la suite d'un curettage, il y a toujours récurrence de l'hémorrhagie.

Le traitement de l'*endométrium* ou traitement intra-utérin se fait par des liquides, des solides, des poudres, ou des mixtures solides, vaseline additionnée de médicaments. A) Les médicaments liquides sont introduits au moyen de la sonde de Playfair. Dans les hémorrhagies, on emploie : *teinture d'iode* 10 à 20 %, *acide phénique*, solution alcoolique à 50 %, *sulfate de cuivre* 5 à 10 %, *perchlorure de fer* 50 %, *chlorure de zinc* 10 à 20 %. Dans les catarrhes de la muqueuse, on emploie l'*acide acétique*, le *nitrate d'argent* de 5 à 30 %, l'*ichtyol* pur ou *avec parties égales de glycérine*. Après ces cautérisations les malades doivent garder le lit, et on met un tampon à la glycérine dans le vagin. On renouvelle ces cautérisations intra-utérines 8 jours et plus après la première cautérisation. Je préfère de beaucoup la sonde de Playfair à la *seringue* de Braun, à cause du danger qu'il peut y avoir à injecter du liquide dans les trompes. B) Les crayons utérins sont employés depuis longtemps, les crayons de nitrate d'argent d'iodoforme, les crayons au chlorure de zinc de Dumontpallier ; à ces derniers je fais le reproche d'exercer une action caustique trop étendue. C) Les *poudres* et les *pommades* sont, selon moi, peu actives, parce qu'elles *ne se diffusent pas* dans toutes les parties de la muqueuse ; les injections de l'utérus sont peu pratiques, parce qu'elles ne se répartissent pas sur toute la surface de la muqueuse utérine. Le docteur Rosing, mon assistant, a fait des expériences à ce sujet, qui ont démontré que le liquide se répandait seulement sur la paroi qui se trouvait en regard de l'orifice de la sonde. C'est pourquoi je recommande de nettoyer la cavité interne avec un bâton armé de gaze ou de coton, puis de porter la substance antiseptique ou de pratiquer le curettage. On peut tremper le bâton dans la glycérine, une solution de carbonate de soude.

Chez les nullipares et les vierges, j'introduis de la gaze dans la cavité utérine que je mélange avec l'iodoforme, le thymol, l'alun, l'acide borique, le tannin, le bismuth. Quand il faut agir plus énergiquement, on emploie le chlorure de zinc à 1/5 % et la gaze d'ichtyol à 10 %. Le tamponnement intra-utérin avec la gaze reste en place 12 à 24 heures, mais avec la gaze au chlorure de zinc, on ne peut répéter le pansement que tous les huit jours.

Apostoli obtient avec le courant continu des cautérisations aussi énergiques qu'avec les caustiques chimiques. On ne peut, comme *Apostoli*, employer 200-300 milliampères ; le mieux est de commencer avec 25-30 milliampères en employant la sonde en platine ou le charbon.

Le traitement principal de l'endométrite est le curettage. Inauguré en France par *Récamier*, le curettage fut introduit en Allemagne par *Olshausen*. Il est certain que l'on en fait maintenant un abus, d'autant plus que ce *n'est pas une opération sans danger*, puisque l'on peut perforer la cavité utérine ; le curettage de la muqueuse est indiqué lorsqu'on veut examiner un morceau de muqueuse au microscope et dans la métrite : *a) fongueuse, b) exfoliative ou membraneuse, c) dans l'endométrite déciduale après l'accouchement ou une fausse couche* ; après le curettage on lave la matrice, puis on l'éponge à sec ; enfin, on applique les antiseptiques ; avec un bâton entouré de ouate on porte la substance directement dans la matrice, soit une solution alcoolique, d'acide phénique 50 %, soit teinture d'iode 10 %, soit chlorure de zinc 20 à 30 % ; les malades doivent rester de 4 à 8 jours au lit. Je répète une ou deux fois la cautérisation pendant le séjour à ma clinique.

Quant à l'érosion du col, on traite par les injections vaginales, avec de l'eau salée, carbonate de soude ou la solution de Tavel : 7,5 chlorure de sodium ; 2,5 carbonate de soude (cristaux) ; 1.000 g. eau.

Dans les formes infectieuses il faut employer des solutions plus actives, telles que sublimé, tanin, alun, sulfate de zinc, etc. Lorsque le catarrhe est guéri, il est bon de soigner l'ectropion ou érosion des lèvres du col par l'opération d'Emmet ou la trachélorrhaphie de Sænger.

DISCUSSION

GOTTSCHALK (de Berlin). — J'ai examiné 60 utérus au point de

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

ologique : quatre fois j'ai trouvé des staphylococcus ;
tre, deux avait été atteintes de fièvres puerpérales.
cas, j'ai vu une infection mixte de staphylococcus et
cus. J'ai cultivé ces microbes sur différents milieux
Je n'ai fait aucune expérience sur les animaux.

Leipzig). — J'ai examiné 72 utérus opérés par le pro-
cédé soit par la voie abdominale, soit par la voie vagi-
16 cas, la muqueuse utérine n'était pas altérée. 55
endométrite chronique, dont 26 avec une infiltration de
globules ronds, sur 27 cols utérins : 9 étaient normaux,
lésions et une infiltration de petites cellules ; sur 72
j'ai trouvé 6 fois des microbes dans l'utérus.

(Leipzig). — Sur 1.025 accouchements j'ai examiné
de 296 femmes qui présentaient de la fièvre ; sur ces
femmes avaient des bactéries dans leurs lochies ; chez
celles, j'ai trouvé des cultures pures de gonococcus ;
chez les autres j'ai pu cultiver des microbes anaérobies. 43 femmes
n'avaient aucun microbe dans leurs lochies.

Berlin). — Les symptômes cliniques correspondent avec
les lésions anatomiques ; l'hypertrophie glandulaire correspond à
la phase de la menstruation. Dans les affections des ovaires,
il y a aussi des hémorrhagies par la matrice.

Wien (Posen) insiste sur le grand rôle que jouent les
ovaires sur l'endométrite. Pour lui, l'endométrite
est due à une affection des ovaires. Il se base sur les
observations de Krukenberg, qui a constaté une atrophie des cor-
pores chez les animaux à qui il avait enlevé les ovaires.
Wien (Berlin). — Je crois que l'endométrite exfoliative ou
cancéreuse a pour origine une maladie des ovaires, contrairement
à ce qu'avance Veit. Je dis que dans l'endométrite fon-
damentale il y a que des hémorrhagies et qu'il n'y a pas d'autres

(Budapest). — Pour assurer la diffusion du liquide
dans la seringue de Braun, j'ai fait construire une canule
sur laquelle on peut mettre de la ouate qui s'imprègne
d'antiseptique. J'ai obtenu de bons résultats par le mas-
sage des cas de subinvolution utérine après l'accouchement.
Wien (Baden-Baden). — J'emploie dans l'endométrite
les injections vaginales à la température de 25 à 27

degrés avec une légère pression. Ces injections durant de 15 à 20 minutes.

SÆNGER (Leipzig). — Je recommande la cautérisation au chlorure de zinc avec la solution de 10% pour la cavité intra-utérine. Quant aux cautérisations, on peut les faire dans le cabinet de consultations, à condition de ne pas employer de solutions trop fortes. Je ne fais jamais de curettage du col, sauf quand je fais le curettage du fond de l'utérus. Dans les déchirures du col au 2^e degré, je fais une application énergique de thermo-cautère.

THEILHABER (Munich). — Je recommande les bains de siège dans l'endométrite. J'ai trouvé que les bains de siège à la suite des maladies des ovaires étaient excellents.

OLSHAUSEN (Berlin). — Je suis de l'avis de Fehling que l'on fait *un abus du curettage*, et que l'on devrait ne faire le curettage que dans l'endométrite fongueuse ou membraneuse (exfoliative).

SKUTSCH (Iéna). — Je recommande la plus grande prudence dans le curettage, et pour éviter des accidents tels que la perforation de la matrice, il serait bon de se servir d'une curette graduée.

WINTER (Berlin). — Je crois que les injections intra-utérines avec la seringue de Braun ne sont pas dangereuses, si elles sont faites avec précaution.

BÉRRIX (Genève). — Je fais le traitement de l'endométrium dans les mêmes conditions que FEHLING, c'est-à-dire, que je sèche d'abord la muqueuse avec un bâton entouré de ouate ou de gaze, ensuite je fais des applications d'ichtyol à l'aide d'une plume stérilisée. Ce mode de traitement m'a donné de bons résultats.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

SALPINGITE BLENNORRHAGIQUE.

M. RAYMOND présente une salpingite blennorrhagique, qui offre les caractères macroscopiques qu'il a déjà signalés dans sa thèse sur les salpingites de cette nature : non purulence de l'ovaire, purulence des trompes. Dans le cas actuel la trompe gauche a son pavillon complètement fermé, la trompe droite communique au niveau du pavillon incomplètement fermé avec une poche péritonéale contenant du pus. Le pus de cette poche, le pus de la trompe droite, celui de la trompe gauche contiennent du gonoco-

que ; l'aspect microscopique du pus est semblable à celui que M. Raymond a trouvé dans toutes les salpingites blennorhagiques à la période aiguë ou subaiguë ; leucocytes nombreux sans cellules épithéliales ; c'est le même aspect que celui du pus urétral blennorhagique, bien différent de celui du pus des salpingo-ovarites à streptocoques où il y a de rares leucocytes et de nombreuses cellules épithéliales desquamées. Dans ces salpingites à streptocoques il y a souvent des abcès de l'ovaire et des lésions péritonéales diffuses. (Bull. méd.)

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÆDIATRIE DE BORDEAUX

Séance du 9 juillet 1895.

ENTÉROCÈLE VAGINALE.

M. BOURSIER. Il s'agit d'une femme de cinquante ans, encore réglée, mère d'un seul enfant, généralement bien portante ; mais obèse, constipée, présentant quelque troubles digestifs et tous les phénomènes fonctionnels de la ptose intestinale totale. Depuis très longtemps, elle offre une chute très marquée de la paroi vaginale postérieure, rectocèle dans laquelle on arrive à reconnaître la présence d'anses intestinales. En 1890, M. Lefour opéra cette femme et, pensant que la chute des parois vaginales était due à un défaut de statique utérine, il rétrécit la paroi vaginale postérieure au moyen de la colporrhaphie antérieure et de la colpo-périnéorrhaphie postérieure, après avoir amputé le col par la méthode de Schröder pour diminuer le poids de l'utérus. Les résultats ont été peu marqués, l'entérocèle n'a pas varié, les troubles digestifs, la constipation sont les mêmes. Quoique le périnée soit solidement fait, la tumeur constituée par l'entérocèle se montre et fait saillie au-dessus, dès que le malade se tient debout ou accroupie. Dans la position couchée, la tumeur rentre spontanément. La réduction est facile, mais ne se maintient pas, puisqu'il n'y a pas là d'anneau herniaire. Cette tumeur est peu tendue, recouverte par la muqueuse vaginale. Elle donne à la palpation la sensation de l'intestin grêle ; on n'y reconnaît pas d'épiploon.

Cette sorte de hernie a été signalée tout d'abord par Garengéot et par Hoin en 1768. Plus tard, Astley Cooper a nettement indi-

qué son origine au cul-de-sac de Douglas et a déterminé ses symptômes.

Quand la tumeur est encore contenue dans le vagin, on sent par le toucher une saillie molle, réductible, insérée sur la face postérieure ou sur l'une des faces latérales de ce conduit. Cette tumeur devient plus dépressible dans le décubitus dorsal ; elle est plus tendue au contraire si on fait lever la malade. Quand on l'a réduite, une compression faite avec le doigt au-dessus de son point d'attache au vagin l'empêche de se reproduire ; elle réapparaît, au contraire, dès qu'on enlève le doigt qui la maintient réduite ; dans la toux, dans les efforts, elle augmente encore de volume et de tension. Lorsqu'elle est plus volumineuse, elle se pédiculise et sort du vagin ; elle pend alors hors de la vulve ; Gaillard Thomas a vu et représenté un cas de ce genre, dans lequel la hernie vaginale atteignait le tiers supérieur de la cuisse.

Ces hernies ont pour enveloppes la paroi vaginale, comprenant ses diverses couches et le feuillet péritonéal qui constitue le sac herniaire ; on y trouve peu d'épiploon. Elles peuvent déprimer la paroi vaginale postérieure ou la paroi rectale, ou l'une et l'autre à la fois, constituant ainsi une élytrocéle ou une hédrocèle. Cette dernière forme est moins commune et n'existe guère, à moins de prolapsus du rectum, que comme complication de la hernie vaginale. Zuckerkandl a très bien défini cette disposition.

Le diagnostic est ordinairement facile. Il suffira le plus souvent d'y penser pour éviter de la méconnaître. La rectocèle vaginale pourrait être confondue avec une entérocéle, mais elle sera reconnue par le toucher rectal, qui permet au doigt de ressortir dans la tumeur vaginale. Et cependant il y a des exemples d'erreurs. Emmet a confondu une hernie vaginale avec un abcès réductible du vagin. Dans un cas de Michelson et Lukin, elle fut prise pour un polype utérin et excisée ; on enleva de la sorte vingt-quatre centimètres d'épiploon et dix centimètres de colon transverse. La malade mourut de péritonite. Dans un cas de Pétroniti, cette hernie s'étrangla, s'enflamma et fut prise pour un abcès ; l'incision de la tumeur donna issue à une masse d'épiploon gangrené.

Ces hernies peuvent entraîner la dystocie. Smellie a dû en réduire une pour permettre à la tête de s'engager dans le vagin. Gattaï se trouva en présence des mêmes difficultés.

Garengoat a réussi à contenir ces hernies avec une sorte de pessaire dit *en bondon*. Nous avons fait construire pour cette malade par M. Gendron un pessaire à air, un peu dans le genre du ballon de Champetier de Ribes et qui peut surtout se gonfler sur une de ses faces, que l'on fera correspondre avec la face postérieure du vagin et le cul-de-sac de Douglas. On ne peut songer à cloisonner le vagin, puisque cette femme est encore réglée. La cure radicale est très hasardeuse; la dilatation du cul-de-sac de Douglas s'offre toujours à la reproduction de la hernie. Dans un cas de hernie vaginale volumineuse, Gaillard Thomas en réduisit le contenu; la retourna comme un doigt de gant dans la cavité abdominale, puis ouvrit le ventre et alla chercher le sac invaginé dans l'abdomen et le fixa aux lèvres de l'incision. Nous ne voudrions pas, chez notre malade, tenter une telle opération. Nous n'aurons donc pas recours à la cure radicale et nous nous contenterons des résultats satisfaisants momentanés que donne le pessaire que nous avons imaginé pour elle.

DYSTOCIE PAR RÉTRACTION DE L'ANNEAU DE BANDL.

M. CHAMBRELENT. Je fus appelé par un confrère auprès d'une primipare de trente-quatre ans, chez laquelle il avait fait sans résultat deux applications de forceps. Cette femme était bien constituée; le bassin n'était pas rétréci; le fœtus paraissait très gros; la tête était au détroit supérieur: la dilatation était complète. Je tentai à mon tour une application du forceps de Tarnier; mais en introduisant la main, je constatai que, si la tête n'était pas enclavée, on trouvait au-dessus d'elle un anneau musculaire qui paraissait enserrer le thorax du fœtus. Cette application fut sans succès, malgré mes tractions vigoureuses. Comme la parturiente était très fatiguée et que rien dans son état général ou dans l'état de l'enfant ne prescrivait de se hâter, nous la laissâmes se reposer quelques heures. A huit heures du matin, la situation était à peu près la même; nouvelle application de forceps avec le même insuccès; je fis alors une basiotripsie qui s'opéra sans difficulté, mais n'amena aucune descente malgré mes tractions. Alors j'essayai de faire la version. Je parvins difficilement à passer la main entre la paroi utérine et l'épaule. J'atteignis un pied, je l'abaissai un peu dans le vagin, mais je ne pus faire aucune

évolution. Très fatigué par mes efforts continus, j'appelai à mon aide notre collègue le D^r Audebert et, à nous deux, nous tentâmes une application du céphalotribe qui glissa sans abaisser la tête. Alors M. Audebert introduisit la main dans l'utérus et saisit le pied, qui était remonté et l'amena assez bas pour qu'on pût y mettre un lacs. Une traction sur les deux pieds amena alors l'évolution. Le tronc du fœtus sortit, mais on eut les plus grandes difficultés pour défléchir les bras et extraire la tête malgré le broiement.

Pendant toutes ces manœuvres, la parturiente avait été tenue sous une anesthésie chloroformique complète.

Il s'agissait évidemment ici d'une dystocie par contraction exagérée de l'anneau de Bandl.

M. MOUSSOUS PÈRE. L'anneau de Bandl est dans toutes les présentations une cause de difficulté, surtout lorsqu'il s'agit de faire une version ou d'extraire un siège.

M. OUI. L'état de la femme nécessitait-il une intervention aussi rapide sur un enfant vivant ? On eût pu attendre d'abord, puis recourir aux moyens habituels de vaincre les contractures tels que la chloroformisation.

M. CHAMBRELENT. Au moment où j'ai fait la basiotripsie, l'état de la femme, sans être grave, était déjà moins bon ; d'autre part, l'enfant avait subi trois applications de forceps ; il perdait du méconium, et s'il n'était pas mort, on pouvait le considérer comme perdu.

M. OUI. Pour amener au dehors le thorax, on aurait pu après la basiotripsie abaisser les deux bras, y tirer dessus et en même temps faire la décollation en coin. Cela eût peut-être donné un résultat meilleur que de tenter la version dans un anneau rétracté.

M. AUDEBERT. Avant de recourir à la version, nous avions pensé à tenter la décollation, mais la tête était trop haute pour que cette intervention fût possible ; quant à l'abaissement des bras, cette manœuvre essayée n'a pas donné de résultat.

DE L'ÉLECTROTHÉRAPIE COMME MOYEN DE DIAGNOSTIC EN GYNÉCOLOGIE

Par le Docteur G. APOSTOLI.

Le D^r Apostoli, en possession d'une expérience plus longue et plus décisive, vient compléter et légitimer les différents Mémoires

qu'il a déjà publiés sur ce sujet, et voici ses propres conclusions générales :

1° *Le courant faradique de tension* (engendré par un fil long et fin) appliqué dans l'utérus, suivant la technique opératoire que le Dr Apostoli a fixée dès 1883, fait disparaître, en un temps plus ou moins variable, toute douleur ovarienne nerveuse ou hystérique, mais ne soulage pas simplement toute douleur ovarienne provoquée par une péri-utérine, ou des annexes, de nature inflammatoire.

2° Ce même courant faradique pourra ainsi servir soit pour nous instruire sur la véritable nature des douleurs ovariennes, et fixer très rapidement le diagnostic entre l'ovarialgie hystérique et la douleur ovarienne phlegmasique, — soit encore pour dissocier les douleurs qui peuvent coexister quelquefois chez certaines femmes, faisant disparaître l'une et en laissant subsister l'autre.

3° Si donc, dans tel cas, le succès curatif du courant électrique éclaire ou rectifie un diagnostic incertain, il doit nous mettre en garde contre toute opération inutile.

Dans tel autre cas, au contraire, l'insuccès du courant faradique, tenant à une lésion inflammatoire, nécessite une tentative de traitement galvanique ou une intervention chirurgicale plus ou moins immédiate.

4° *Le courant galvanique constant* appliqué avec une dose progressivement croissante de 50 à 120 milliamperes, suivant la technique opératoire que le Dr Apostoli a fixée, et respectant la susceptibilité et la tolérance individuelle, est toujours bien supporté, sans réaction trop douloureuse pendant la séance, et sans réaction fébrile après la séance, à moins que la périphérie utérine ne sera pas enflammée.

Les tumeurs kystiques simples, péri-utérines ou intra-utérines, ni suppurées (telles que les kystes de l'ovaire) peuvent coexister avec cette même tolérance galvanique sans léser l'intégrité physiologique des annexes.

De même aussi toute inflammation péri-utérine, éteinte, comme celle des vieux exsudats, peut être soulagée avec une tolérance galvanique presque normale.

5° La règle précédente comporte les trois exceptions suivantes, dans lesquelles l'on peut constater

plus ou moins vive au passage d'un courant galvanique même modéré, sans toutefois d'élévation thermique marquée après la séance.

Ce sont :

A.— *Certaines formes d'hystérie ;*

B.— *Les tumeurs fibro-kystiques de l'utérus ;*

C.— *L'entérite glaireuse.*

Il sera généralement facile d'établir le diagnostic différentiel de chacune de ces sources possible d'intolérance.

6° Toute inflammation péri-utérine actuelle et aiguë (du tissu cellulaire pelvien, du péritoine et surtout des annexes) rendra plus ou moins difficilement supportable cette même dose de courant galvanique, dès qu'elle dépassera 40 à 50 milliampères, et provoquera, dès qu'on voudra augmenter cette dose, une *intolérance* opératoire et surtout une réaction post-opératoire douloureuse et *fébrile* plus ou moins vive.

7° L'intolérance pour le courant galvanique sera généralement proportionnelle à l'étendue et à la gravité des lésions inflammatoires péri-utérines, et surtout annexielles, et grandira avec l'intensité électrique employée, surtout dès qu'elle dépassera 40 à 50 milliampères.

8° Toute inflammation des annexes *curable* (tout au moins *symptomatiquement*) sans opération radicale, verra l'intolérance galvanique, que l'on pourra constater dès le début du traitement, s'amoindrir ou même disparaître avec le temps, en même temps que l'on pourra signaler l'amélioration parallèle des symptômes dominants tels que la douleur et l'hémorrhagie.

9° Toute lésion inflammatoire grave des annexes, et notamment toute phlegmasie suppurée, *incurable* (même *symptomatiquement*) par les moyens conservateurs, conserve du début à la fin du traitement galvanique la même intolérance initiale qui s'aggrave souvent au contraire, au lieu de s'amoindrir, si l'on continue la même thérapeutique.

10° Ainsi, la simple étude de la *tolérance* ou de l'*intolérance* galvanique intra-utérine, et en particulier des réactions post-opératoires douloureuses et surtout fébriles qui, le soir même ou le lendemain, peuvent suivre cette intervention, pourra très rapidement (généralement dans 4 ou 5 séances, espacées deux fois par semaine) éclairer ou rectifier le diagnostic, nous renseigner

sur l'état d'intégrité des annexes, sur leur influence sur ses degrés, et diminuer ainsi le nombre des laparotomies, dites exploratrices.

11° Cette même étude des réactions, dites galvaniques, de plus nous renseigner assez rapidement (dans les cas douteux) sur le degré de *curabilité* ou non des mêmes lésions, et comme conséquence, dans tel cas, l'abstention ou qu'il proclamera, dans d'autres, l'urgence d'une intervention qu'alors retardée ou refusée.

12° En résumé, l'électrothérapie gynécologique méthodiquement et patiemment appliquée, loin de nuire aux progrès merveilleux de la chirurgie, en est un auxiliaire actif.

Indépendamment, en effet, des grands services qu'elle rend tous les jours, l'électricité pourra, de plus, servir de *pierre de touche*, éclairer préalablement et servir plus directement encore les intérêts de la gynécologie, pour éviter, dans tel cas, telle opération inutile ou soit pour démontrer, dans tel autre, son urgence.

Ainsi, beaucoup de laparotomies, dites exploratrices, coup de mutilations pratiquées d'emblée soit contre des tumeurs ovariennes, rebelles, soit contre une lésion de nature douteuse, devront être à l'avenir différées, ou même formellement proscrites, avant d'avoir épuisé les ressources (d'une innocuité absolue, si elles sont accompagnées de toute l'asepsie nécessaire), soit d'un côté de la *sécheresse* soit de l'autre de la *réaction galvanique intra-utérine*.

N. D. L. R. Notre confrère a fait également à la *Revue médicale britannique* une intéressante communication sur la *thérapie générale des courants alternatifs à basse et à haute tension*, que nous regrettons de ne pouvoir reproduire en raison de la spécialisation de notre Revue.

REVUE DE LA PRESSE

LE DÉCIDUOME MALIN

Lorsque l'arrière-faix a été retenu dans l'utérus pendant longtemps, on peut voir se produire des accidents de deux sortes : les uns, de peu de gravité, évoluent vers la guérison et ont été décrits sous le nom de déciduome bénin. Les autres prennent, au contraire, un aspect d'une gravité extrême et constituent le déciduome malin. Ce déciduome est une variété distincte de tumeur maligne, ayant des éléments histologiques et une évolution clinique absolument caractéristiques : il est en rapport bien net avec la grossesse et souvent avec la môle hydatiforme.

M. le Dr Beach vient d'en faire une étude très complète, en réunissant les 15 observations qui ont été publiées sur ce sujet et en y joignant celle qu'il a recueillie dans le service de M. Hartmann.

Dans la plupart des cas, on a signalé, au point de vue étiologique, l'influence d'un avortement avec rétention des membranes.

La plupart des auteurs admettent que le néoplasme se développe aux dépens des débris de la caduque. Plusieurs ont constaté que le point d'implantation de la tumeur correspond à l'insertion du placenta, mais bon nombre des autres restent muets sur ce point.

Cependant, on ne sait pas aujourd'hui pourquoi, dans certains cas, la rétention de la caduque donne lieu simplement à des hémorragies ou, tout au plus, à un déciduome bénin, et, dans d'autres cas, à une tumeur maligne à marche excessivement rapide.

Dans un certain nombre de faits, on a vu aussi des môles hydatiformes marquer le début de la maladie, et dans d'autres il y a une histoire de môle dans les antécédents récents ; de telle sorte qu'étant donnée la rareté de cette môle, on peut considérer qu'il y a une relation étroite entre elle et le déciduome malin.

Au point de vue anatomique, le tissu décidual se rapproche sensiblement du carcinome ou de l'épithéliome avec lesquels on pourrait le confondre ; mais, ce qui fait sa caractéristique, c'est son infiltration dans la paroi utérine et même sa généralisation à des organes éloignés, foie, reins, rate, intestin et même cerveau.

Quant aux signes cliniques, M. Beach les décrit ainsi :

Le début est insidieux. Le premier signe qui attire l'attention de la

malade et l'oblige à consulter le médecin est une métrorrhagie survenant peu de temps après un avortement ou accouchement à terme, quelquefois après l'expulsion d'une môle hydatiforme. Dans un cas apporté par Pfeiffer, l'hémorrhagie a commencé à la fin d'une période menstruelle.

Ces pertes sont d'abord faibles, mais elles deviennent en peu de temps d'une abondance inquiétante. Un curettage de l'utérus reste sans résultat, ou bien ne les arrête que pendant quelques jours.

Les métrorrhagies sont le plus souvent d'une intensité intermittente ; pendant trois ou quatre jours, ou même plus longtemps, elles peuvent disparaître complètement, ou bien il ne reste qu'un écoulement insignifiant à peine teinté en rose ; puis, subitement, arrive une hémorrhagie abondante. Ces poussées hémorrhagiques successives coïncident probablement avec le progrès de l'ulcération néoplasique du côté des parois vasculaires. Mais ce caractère n'est pas toujours aussi nettement marqué, et l'hémorrhagie elle-même peut faire défaut, ainsi que cela a été vu dans un cas appartenant à Saenger.

Ces métrorrhagies résistent à tout traitement et mènent rapidement le malade à un état d'amaigrissement notable. Il y a de l'affaiblissement, de l'anorexie, souvent des nausées et des vomissements. Le malade devient cachectique. Les syncopes ne sont pas rares. Une des malades de Chiari et celle de Hartmann sont mortes d'hémorrhagies.

A un moment donné, des pertes fétides s'ajoutent aux hémorrhagies, ou bien les remplacent. Elles sont semblables à celle des autres tumeurs utérines et sont habituellement accompagnées d'une élévation considérable de température.

Il est fréquent de rencontrer une toux et même une expectoration purulente. Ces signes, coïncidant avec l'amaigrissement et la fièvre, ont fait penser plusieurs fois à la tuberculose pulmonaire. Cependant, il n'y a pas de signes physiques du côté des poumons.

L'existence de la douleur est variable. Localisée généralement dans le bas-ventre, elle est très intense chez certaines malades et manque presque complètement chez d'autres.

Au toucher vaginal, le col est souvent mou, entr'ouvert et l'orifice perméable ; mais, d'autre part, il n'est pas rare de trouver le col normal.

Quant aux annexes, il n'y a ordinairement rien à noter.

L'utérus est constamment augmenté de volume, pouvant atteindre quelquefois les dimensions d'un utérus gravide de trois, quatre ou même cinq mois.

Après la dilatation du col, on trouve la cavité utérine plus ou moins remplie de masses molles, pulpeuses, ressemblant à du tissu placentaire, et de caillots sanguins.

Si après un curetage on pratique l'exploration digitale, on constate, habituellement, près du fond et sur l'insertion des masses enlevées, un endroit où la paroi est ramollie et où le doigt s'enfonce facilement dans le muscle utérin. Dans quelques cas, il existe une perte de substance à ce niveau.

Il est évident, ainsi que l'a fait remarquer Paviot, qu'avec une symptomatologie semblable, le diagnostic avec le cancer est fort difficile et que de nombreux déciduomes malins ont été décrits parmi les cancers des jeunes femmes.

Le pronostic de cette tumeur est particulièrement grave. La marche est extrêmement rapide et, si le chirurgien n'intervient pas, la généralisation est certaine.

La malade peut même mourir des hémorragies avant l'évolution complète du néoplasme.

Dans tous les cas où l'opération radicale n'a pas été faite, la mort est survenue.

Si l'extirpation des organes atteints n'est pas pratiquée assez tôt, la généralisation se fait quand même. Sur les cinq malades qui ont subi l'hystérectomie pour cette affection, trois sont mortes peu de temps après avec métastases multiples.

Quant aux deux autres, il ne s'est pas encore passé assez de temps pour que l'on puisse se prononcer d'une façon définitive.

La seule opération qui peut donner de l'espoir de sauver la malade est l'hystérectomie totale avec extirpation des annexes.

Cette opération peut présenter une certaine difficulté : le tissu pulpeux du néoplasme infiltrant l'utérus et étant très friable, il est parfois très malaisé d'avoir des prises solides au moyen des pinces.

(Journal de méd. et de chir. prat.)

DE L'EMPLOI DE LA FARINE DANS L'ALIMENTATION DES JEUNES NOURRISSONS.

M. HEUBNER a étudié devant la *Société médicale de Berlin* l'usage de la farine dans l'alimentation des nourrissons.

On admet généralement comme un axiome que les jeunes nourrissons ne sont guère ou pas du tout en état d'utiliser les hydrates de

carbone sous la forme d'amidon. Mais c'est un point sur lequel il a été peu fait de recherches précises.

Les quelques expériences faites à ce sujet n'ont pu être conduites de la même façon. C'est ainsi que, par exemple, dans la bouche des enfants un petit sachet de gaze contenant de la farine; on l'y a laissé un certain temps, puis on a examiné la quantité d'amidon saccharifiée. Ritter, sur 21 examens, n'a trouvé que deux fois un résultat positif au bout de 24 heures. Fischer a laissé la salive agir pendant cinq minutes et n'a trouvé que trois fois l'effet diastatique de ce liquide.

D'après une seconde méthode, on a retiré de la salive des nouveau-nés à l'aide de petites éponges et on a étudié *in vitro* : vingt-huit expériences faites avec de la salive de zéro à neuf jours ont donné vingt-sept fois un résultat positif.

Une troisième méthode consiste à enlever les glandes salivaires sitôt après la mort, à en faire un extrait, puis, à l'aide de ce dernier, de tenter des digestions artificielles. Par ce procédé, M. Clément a constaté que, jusqu'à l'âge de vingt et un jours, le pancréas ne transforme pas l'amidon en sucre; jusque vers la fin du quatrième mois, la réaction saccharifiante est peu marquée et elle l'est fortement au sixième mois.

Une quatrième méthode enfin, plus sûre, consiste à examiner les matières fécales. D'après M. Sonzino, qui l'a utilisée, tous les enfants peuvent dès les premiers jours de la vie transformer l'amidon en sucre.

Ainsi on voit que les physiologistes modifient leur avis sur l'impuissance des jeunes enfants à digérer les farines. Les médecins d'enfants, se basant sur leur expérience journalière, persistent dans leur manière de voir.

M. HEUBNER a repris ces recherches en collaboration avec M. L. S. et il a constaté que si l'on a soin d'administrer aux enfants des farines choisies (avoine, riz) et à un degré de concassage faible, la presque totalité des matières amylacées se transforme en sucre et digérée. Il a fait prendre aux enfants, pendant plusieurs jours, toutes les deux heures, une petite quantité de bouillie. Les matières fécales ont été soigneusement recueillies, séchées et analysées chimiquement. Ainsi un nourrisson de sept semaines a pu, pendant cinq heures, dix repas contenant chacun 30 grammes de bouillie, la première garde-robe eut lieu quarante-deux minutes

REVUE DE LA PRESSE.

mier de ces repas ; on put constater la digestion complète mais l'enfant diminua de poids. Trois autres expériences d résultats semblables. M. Carstens doit faire connaître le neuf autres observations.

Ces recherches ont cependant montré qu'à partir de 6 et même avant, un nourrisson peut digérer des amylac que de l'albumine et de la graisse.

Néanmoins M. Heubner n'en conclut pas qu'il faut ne nes nourrissons avec de la farine. Tout d'abord, il est qu'un telle alimentation, prolongée un certain temps, d autres résultats que ceux observés dans une courte expérie il faut bien considérer avant tout qu'une alimentation ar toujours qu'une alimentation insuffisante, car on ne pourr nistrer aux enfants les quantités nécessaires à leur ex troubler leur digestion.

Les farines préparées ne sont pas bien supérieures à la Les farines de Nestlé et de Kufcke ne contiennent pas mine et de graisse et reviennent à un prix trop élevé. De toutes les farines destinées aux petits enfants contienn de canne, qui ne convient pas aux enfants, parce qu'il f aisément.

Mais il n'en est plus de même quand il existe des trout L'alimentation farineuse joue alors, comme chez les ad de calmant de l'intestin. Cela tient peut-être à ce que la titue un milieu de culture défavorable pour les bactéries.

C'est pourquoi M. Heubner propose de soumettre les p et même les nouveau-nés, à l'alimentation farineuse d provisoire jusqu'à cessation des phénomènes dyspeptique me les grains d'amidon des diverses farines sont de volu il n'est pas sans importance d'utiliser telle ou telle farine rine de Kufcke est faite à l'aide de blé et est peu approp jeunes enfants.

La manière de préparer la bouillie n'est pas indifférent layer la farine dans l'eau froide, puis l'additionner d'es laisser ensuite cuire le tout pendant une demi-heure. De on peut préparer d'un seul coup la ration quotidienne de l avoir à craindre que la bouillie ne se décompose au repo 6 grammes de farine pour 100 grammes d'eau, c'est-à- grammes pour la journée. Mais cette alimentation ne doi

longer au delà de huit jours ; si au bout de ce temps la dyspepsie persiste toujours, il faut avoir recours à une autre thérapeutique.

Il n'est pas mauvais de préparer la bouillie avec du lait étendu au lieu d'eau. Mais c'est une chose à essayer dans chaque cas.

(*Bull. Méd.*)

THÉORIE DE QUINCKE SUR L'ORIGINE DE L'ICTÈRE DES NOUVEAU-NÉS.

M. SCHREIBER, de Goettingue, dans un article publié dans la *Berliner klin. Woch.*, se déclare partisan convaincu de la théorie de Quincke sur l'étiologie de l'ictère des nouveau-nés.

Quincke a repris la vieille théorie de Peter Frank, qui attribuait la production de l'ictère à la résorption de la bile du méconium par l'intestin, et y a ajouté quelques nouveaux points. Pour cet auteur, la persistance de la perméabilité du canal veineux d'Aranzius joue le rôle principal. Les pigments biliaires résorbés dans l'intestin sont entraînés directement dans le torrent circulatoire, sans passer par le foie. A ce fait s'ajoutent encore la fermentation exagérée de pigments biliaires par la mort de nombreuses hématies, la rétention de la sécrétion urinaire chez les nouveau-nés, la richesse du méconium en pigments biliaires et l'absence de putréfaction intestinale déterminant la réduction de bilirubine en urobiline.

Quincke a trouvé dans 6 cas la persistance de la perméabilité du canal veineux d'Aranzius. Elsaesser, sur 200 autopsies d'enfants ayant succombé au cours des 8 premiers jours qui suivirent la naissance, ne trouve ce canal formé que 23 fois, et sur 78 mort-nés ou morts immédiatement après la naissance, la perméabilité du canal veineux n'a fait défaut que trois fois. Elsaesser conclut que dans la majorité des cas le canal veineux reste encore perméable un certain temps après la naissance.

Outre cette communication directe entre la veine porte et la veine cave, sans passage par le foie, il en existe encore un autre, entre les veines hémorroïdales. Cette voie a une importance moindre pour la production de l'ictère, car la résorption du méconium dans le rectum est moins prononcée.

M. Schreiber a fait aux animaux des injections rectales de bile de bœuf pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines et n'a jamais pu provoquer l'ictère, quoiqu'on retrouvât toujours les pigments biliaires dans les urines des animaux en expériences. Ces faits prouvent que

les veines hémorroïdales peuvent être les vecteurs des biliaires. Quant à l'absence de l'ictère, on pouvait l'expliquer par l'absence du facteur principal : la perméabilité du canal veineux.

M. Schreiber a ensuite cherché les pigments biliaires sur les membranes de leur résorption, chez deux nouveau-nés emphyseux qui présentaient des signes d'asphyxie et évacuaient du nez des matières rendant plus que probable la production de l'ictère. Les enfants avaient survécu. A cet effet, il a fait durcir dans l'alcool les intestins. Les parois des veines avaient une coloration jaunâtre. Les coupes colorées par l'éosine cette coloration jaunâtre des veines était remplacée par une *coloration verte intense*.

Quant à la polycholie provoquée par la destruction exagérée des globules rouges, il faut admettre avec Stadelmann qu'il s'agit dans ces cas de pléiochromie ou de polychromies, car ce sont les pigments biliaires qui sont augmentés en quantité, et non les globules rouges. Ces derniers ne se retrouvent qu'en quantité minime dans les urines des enfants ictériques, de même que dans le sang. Or on ne doit parler de polycholie que quand il y a augmentation de toutes les parties constituantes de la bile.

Que la destruction des hématies soit primaire ou secondaire est certain qu'elle amène une fermentation exagérée des biliaires, ainsi que le prouvent les expériences de Stadelmann. Accumulation de bile épaisse, riche en pigments, dans la vésicule biliaire des enfants.

La rétention de la sécrétion urinaire, qui est en général le cas chez les nouveau-nés, contribue à l'accumulation des pigments biliaires dans l'organisme.

Quincke est d'accord avec Stadelmann pour admettre qu'il y a une action dissolvante sur la bilirubine des sucs organiques nouveaux, mais très faible en général. Le méconium contient principalement de la bilirubine et la biliverdine en quantité beaucoup moindre. C'est la différence essentielle entre le contenu intestinal des nouveau-nés et des enfants plus avancés en âge et des adultes : le méconium ne contient presque exclusivement que la bilirubine et non pas ses produits de réduction, tandis que les matières fécales proprement dites contiennent que l'hydrobilirubine. Or cette dernière substance, d'après Quincke, et Stadelmann provoque l'ictère.

Ce qui confirme encore la théorie de Quincke est le fait que les enfants nés avant terme sont plus souvent atteints d'ictère,

peut expliquer par la largeur plus grande du canal veineux d'Aranzius. Enfin, le foie des enfants atteints d'ictère ne présente souvent pas de la couleur ictérique.

(Médecine moderne.)

INFECTION INTRA-UTÉRINE PAR LE BACILLE TYPHIQUE.

MM. FREUND et LÉVY, de Strasbourg, publient dans la *Berliner klin. Woch.*, l'observation suivante :

Une femme de 24 ans, deux accouchements antérieurs, entra à l'hôpital au cinquième mois de sa troisième grossesse avec les symptômes d'une fièvre typhoïde. L'évolution de la maladie, la courbe thermique (influencée par l'administration de l'antipyrine), le météorisme abdominal, l'augmentation du volume de la rate, le dicrotisme du pouls, la roséole caractéristique et les selles diarrhéiques typhiques ne laissaient aucun doute sur la nature de l'affection. Aucun symptôme menaçant, rien d'anormal dans les urines. Le toucher vaginal ne fut pas fait.

Au quatrième septénaire de la fièvre typhoïde, quand la température ne dépassait plus que rarement 38°5, se montrèrent brusquement des contractions utérines et la malade accoucha d'un fœtus vivant, de 5 mois, qui fut recueilli, ainsi que le placenta dans un cristalliseur en verre avec toutes les règles de l'asepsie. Le fœtus succomba bientôt. La fièvre typhoïde continua son évolution régulière, il n'y avait pas de métrorrhagies. L'utérus a involué normalement.

Vingt minutes après la naissance du fœtus on a fait l'autopsie et l'on aensemencé des fragments de la rate, le sang du cœur et du placenta. Les plaques ont montré 8 jours après quelques colonies qu'on pouvait considérer comme des bacilles d'Eberth. Mais on a eu la précaution de mettre un fragment de la rate dans un tube à bouillon et de le maintenir pendant 12 heures à 37° dans l'étuve. Il se pouvait, en effet, que les germes contenus dans la rate fussent peu nombreux, échappant ainsi à l'examen. Le procédé employé avait pour but la multiplication de ces germes. La supposition fut justifiée, car les cultures sur plaques faites avec ce fragment de la rate étaient très riches. Les colonies étaient formées par des petits bâtonnets très mobiles, qui ne coagulaient pas le lait même dans l'étuve, ne provoquaient pas de fermentation du glucose et de la peptone, ne dégageaient pas de gaz, ne formaient pas d'indol, en un mot les bacilles avaient tous les caractères du bacille d'Eberth et aucun du coli-bacille.

ains injectées aux souris, les animaux succombent dans le sang et les organes internes la présentent en très grandes quantités.

possibilité de transmission des bacilles typhiques. Les bacilles d'Eberth étaient peu nombreux et on n'a pu obtenir des cultures abondantes sans un artifice, au maintien d'un fragment de placenta pendant 24 heures. Il est possible que le petit fœtus soit la cause de l'échec des cultures dans des

cas où il n'y a rien d'anormal, sauf un peu d'hypertrophie de consistance assez molle. Rien d'anormal au placenta et des membranes ovulaires et rien notablement sinon la fièvre préexistante. Il faut donc dans ce cas l'avortement a eu lieu quand la mère était en son déclin. D'une endométrite typhique, intérieure, il ne pouvait y être question ; quoique l'endométrite avant sa grossesse, il n'y eut aucune infiltration de petites cellules, pas d'extravasation

de bacilles typhiques de la mère au fœtus est difficile à démontrer microscopiquement, on n'a rien trouvé au placenta. Quoi qu'il en soit, le passage de la mère au fœtus a causé une septicémie, comme on l'observe dans les cas d'infections intra-utérines. Ce fait n'a rien de nouveau. L'infection s'est faite par voie sanguine et le fœtus ne peut coloniser dans l'intestin fœtal qui ne fonctionne pendant la vie extra-utérine. On se trouve donc dans des conditions que dans l'infection intra-utérine avec septicémie. L'enfant est-il mort-né, on a une septicémie. Si, au contraire, l'enfant est né vivant, si les membranes sont intactes, une pneumonie légitime peut se développer.

(Médecine Moderne.)

CORSET ET CHLOROSE,

BRACH. (*Deutsche Med. Zeit.*, n° 31.)

Observation que ces dernières années le nombre des chloroses s'est accru dans une énorme proportion, Ro-

senbach est parti à la recherche des facteurs étiologiques. Il est arrivé à cette conclusion que dans n'existe pas de conditions hygiéniques et sociales de chercher la cause dans la gêne des vêtements, la pression que traverse la jeune fille ne pouvant jouer de disposition. C'est surtout le corset que Rosenbach tant plus que les caprices de la mode en ont fait un instrument très incommode dans beaucoup de cas. La pression exercée sur les organes thoraciques et abdominaux gêne la respiration et cette influence se fait à son tour sembler des phénomènes de l'hématose. Ces conditions suffisent-elles à expliquer des phénomènes de la chlorose. Rosenbach le croit et doit établir un rapport rationnel entre le corset et la taille.

KYSTE DE L'OVAIRE CHEZ UNE ALIÉNÉE : OPÉRATION DE
AVEC AMÉLIORATION NOTABLE DE L'ÉTAT MENTAL

Par le D^r BOULENGIER.

(*Annales de la Société médico-chirurgicale du Nord*
4^{me} année, 2^e trimestre, p. 84.)

La question de l'influence des opérations gynécologiques sur les névroses et les psychoses antécédentes, dont peuvent être atteintes les femmes qui sont l'objet de ces opérations, cette question est très controversée. D'une façon générale on peut dire que l'opération de Battey, la castration double, pratiquée dans le but de supprimer l'influence favorable sur les manifestations de la chlorose, échoue. N'empêche qu'on n'est pas encore fixé sur l'importance respective des affections génitales et des psychoses chez les femmes aliénées. Aussi les faits du genre de celui que vient de rapporter le D^r Boulequier doivent-ils être accueillis avec faveur, comme jetant quelque lumière sur cette importante question générale.

Il s'agit d'une femme internée depuis neuf ans dans un asile pour « dégénération hystérique », dont les manifestations de la puberté. On considérait sa folie comme incurable. Au mois d'août on s'aperçut que le ventre de cette malade se développait de façon exagérée. Bientôt on constata l'existence d'un kyste de l'ovaire, qui, à un moment donné, nécessita une

cale d'urgence, car la malade avait été prise d'accidents circulatoires et respiratoires menaçants.

L'opération eut lieu le 17 décembre 1893. Elle aboutit sans grande difficulté à l'extirpation d'un kyste de l'ovaire droit, multiloculaire pesant près de 16 kilos.

Depuis le jour de l'opération et pendant toute la période des pansements, la malade n'était plus intellectuellement reconnaissable. D'agitée et violente, elle était devenue douce, docile, affectueuse pour les personnes qui la soignaient. Les parents croyaient à une guérison prochaine.

Malheureusement, cette amélioration n'a persisté qu'en partie. La malade est restée impulsive, moins agressive ; les crises de violences sont devenues plus rares, plus courtes, moins fortes, mais c'est tout ; il a fallu renoncer à l'espoir d'une guérison.

INVERSION COMPLÈTE DE L'UTÉRUS.

L'inversion complète de l'utérus après la délivrance est un des accidents les plus rares et les plus graves qu'on puisse rencontrer dans la pratique. Habituellement, on l'observe peu de temps après la sortie du placenta, et on l'attribue principalement à des tractions immodérées sur le cordon. Il n'en a pas été ainsi dans un cas relaté par M. HUTLEY. Une jeune femme de vingt-trois ans, primipare, après un travail un peu lent, était accouchée d'un enfant à terme, vivant et bien conformé. Le cordon était plus long qu'à l'ordinaire et le placenta sortit spontanément dix minutes après l'enfant. L'accouchée, pendant les quatre premiers jours qui suivirent la délivrance, eut quelques pertes accompagnées de douleurs assez vives ; le cinquième jour, les accidents s'étant aggravés, une masse rouge apparut au dehors de la vulve et la malade fut envoyée à l'hôpital dans un état de collapsus assez marqué. On pratiqua l'éthérisation ; puis l'utérus, sur lequel on voyait nettement la trace de l'insertion du placenta, fut lavé avec une solution phéniquée au quarantième et remis en place ; après quoi on donna une douche intra-utérine et une injection hypodermique d'ergotine. On continua les douches utérines deux fois chaque jour et les douches vaginales toutes les vingt-quatre heures. Quinze jours plus tard, la malade sortait parfaitement guérie.

Après la délivrance, il s'était vraisemblablement produit une inversion partielle, laquelle, agissant à la manière d'un corps étranger,

avait provoqué des contractions violentes de l'utérus au point d'amener finalement le renversement complet et le prolapsus au dehors de la vulve. (*Lancet*, 17 juillet 1895, et *Bull. méd.*)

TRAUMATISME (COUP DE CORNE) CHEZ UNE FEMME ENCEINTE :
CONTINUATION DE LA GROSSESSE.

M. le Dr Dutauzin (de Berlin) rapporte, dans le *Journal de médecine de Bordeaux* (n° 7), un nouveau fait montrant à quel point, dans certains cas, la grossesse peut résister aux traumatismes les plus violents. Il s'agit d'une femme enceinte de cinq mois, qui avait été chargée par une vache dans une étable.

Les cornes rencontrèrent la femme, qui n'eut pas le temps de se garer. Elle ressentit alors une vive douleur dans le bas-ventre en même temps qu'elle se sentait soulevée de terre. Ainsi accrochée à la corne, qui l'avait transpercée, elle fit le tour de l'étable. La vache cherchait, en secouant la tête, à se débarrasser de son fardeau. Ces mouvements ne faisaient, au contraire, que favoriser la pénétration de la corne plus avant. Elle finit enfin par se dégager. La blessée retomba évanouie sur la litière, où son mari la retrouvait bientôt dans une mare de sang.

M. Dutauzin trouva la malade exsangue, les extrémités refroidies, le pouls filiforme : il la fit réchauffer, fit donner aussitôt un lavement avec 40 gouttes de laudanum, prescrivit une immobilité absolue, mais ne toucha pas à la plaie dans la crainte de voir l'hémorrhagie se reproduire. Ce ne fut que 36 heures après l'accident, aucun phénomène inquiétant ne s'étant produit, qu'il se rendit compte de l'état des lésions. Il constata alors que la corne de la vache avait soulevé les jupes de la blessée, éraflé profondément la face antéro-interne de la cuisse droite et rencontré la grande lèvre du même côté. Elle avait, à ce niveau, pénétré dans les parties molles, perforé la grande lèvre et entré par cette voie dans le vagin. Elle avait suivi le canal vaginal pour arriver dans le cul-de-sac latéral gauche, le perforer et contourner l'utérus. L'examen n'a pu déterminer exactement à quelle hauteur s'est arrêtée l'extrémité de la corne. Mais étant donnée sa dimension, elle a dû s'arrêter en arrière et en haut du cul-de-sac perforé, au niveau du ligament large. Le col et l'utérus étaient intacts.

Il faut ajouter que l'accouchement eut lieu à terme. Il fut normal

vagin ne gênèrent en rien la sortie de la tête, qui nière.

siste avec raison sur l'utilité qu'il y a en pareil cas en de la plaie ; le bon résultat obtenu paraît dû à l'immédiat du laudanum en lavements, puis des antiseptiques rigoureusement pratiqués à partir pratiqué l'examen.

(Journal de méd. et de chir. prat.)

VARIÉTÉS

MÉDECINE POUR FEMMES A SAINT-PÉTERSBOURG. — La ce qu'on attend depuis si longtemps, une Ecole femmes. Le 4 mai dernier la question a été onseil d'Etat et cette fois tous les membres de cette it prononcés favorablement. Pendant plusieurs ésolution n'a pu être prise faute d'argent. Mais à ne quantité de dons et de legs privés assurent n on isation de cet enseignement, mais encore son entre-

Une fois la question du principe définitivement l'Etat a examiné un certain nombre de détails. Toute ins de 21 ans, désirant suivre les cours de cette Eco- t une permission écrite des parents ou d'un tuteur ; levra présenter une permission de son mari. Il sera sséder les langues grecque et latine dans la mesure gymnastes de garçons. L'Ecole sera fondée à Saint- études dureront cinq ans et les matières enseignées les mêmes que dans les Facultés de Médecine.

auront le diplôme de fin d'études ne pourront être les hôpitaux généraux, ni à participer aux examens vision. Quelques-unes parmi elles qui se seront fait e expérience pratique spéciale pourront être admi- ns-experts près des tribunaux ; les Ministres de que, de l'Intérieur et de la Justice seront chargés i commun accord.

ole se trouvera un directeur désigné par le Ministre ublic que qui le choisira parmi les professeurs des ine de l'Empire.

VARIÉTÉS.

acteur sera contrôlé par le Conseil des professeurs, par une commission scolaire nommée par le curateur de la circonscription que de Saint-Petersbourg, par une Commission administrative désignée par le Ministre.

Enfin, l'Ecole tant désirée s'ouvrira. Reste à désirer qu'elle s'ouvre le plus tôt possible. Bien des femmes attendent en Russie avec impatience l'occasion de se rendre utiles. Mille obstacles sont encore sur la route ; par exemple, la nécessité d'étudier le grec et le latin.

Mais les femmes russes sont pleines d'énergie et du moment qu'elles ont devant elles un nouvel horizon elles feront l'impossible pour l'atteindre. . . . C'est ce que je leur souhaite de tout cœur.

(*Progrès méd.*)

J. ROUBINOVITCH.

FEMMES DANS LA SCIENCE. — M. Rebière a fait à ce sujet une conférence très intéressante. Il a résumé la vie des mathématiciennes et a raconté des anecdotes fort curieuses sur elles.

Les femmes montrent généralement peu de goût pour les abstractions mathématiques. Autant elles s'intéressent aux questions d'art, de littérature, même de psychologie, autant elles se rebutent généralement des difficultés de l'algèbre et du calcul infinitésimal.

Le conférencier a-t-il vivement excité la curiosité de l'auditoire en racontant l'existence des Hypatie, Emilie du Châtelet, Sophie

Germaine, aussi célèbre en philosophie, a vécu à Alexandrie au commencement de l'ère chrétienne. Elle était à la fois très belle, très intelligente, très instruite et très sage. Elle fut la déesse de ce mouvement de la fin du paganisme, de cet éclectisme qui essaya à la fois de concilier la religion antique, la science et la doctrine du Christ. Emilie du Châtelet fut contemporaine et amie de Voltaire. Pour ses professeurs Clairaut et Bernouilli, elle traduisit et expliqua Newton, ce qui prouvait, a dit le philosophe de Ferney, qu'elle était un grand homme.

Sophie Germain a vécu pendant la Révolution. Elle a fait des mathématiques malgré sa famille. L'hiver, la nuit, elle lisait avidement, à la main, les ouvrages d'analyse, et il arrivait que le froid gelait l'encre.

M. Rebière a l'intention de continuer cette étude sur les charman-tes femmes de la Science.

(*Le Corresp. Méd.*)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

87. — De la conduite à tenir dans les accidents gravidocardiaques. (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 30 juin 1895.) — Dans une communication faite à la Société de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de Bordeaux, M. le D^r RIVIÈRE, professeur agrégé, conclut de la façon suivante :

« Sous le nom d'accidents gravidocardiaques, il y a lieu de distinguer :

« 1^o Les accidents qui surviennent sous l'influence de la grossesse, chez des femmes antérieurement atteintes de lésions cardiaques vraies ;

« 2^o Les accidents, simplement fonctionnels ceux-là, favorisés par l'hypertrophie cardiaque normale de la grossesse, par la gêne fonctionnelle des émonctoires de l'organisme, accidents graves néanmoins, et demandant une médication rationnelle et énergique.

« Chez une gravidique atteinte, au moment où l'accoucheur est appelé près d'elle, d'accidents cardiaques *aboutissant déjà ou près d'aboutir à l'asystolie*, la provocation artificielle de l'accouchement est rarement indiquée d'emblée. La saignée agit mieux et plus vite, aidée par une action énergique sur les poumons (oxygène), les reins (lait), l'intestin (purgatifs, désinfection intestinale).

« Chez une gravidique, atteinte d'accidents cardiaques légers, on peut, par le même traitement, enrayer les accidents, rendre possible, facile ou relativement peu pénible la fin de la grossesse et sauvegarder la vie de la mère en assurant celle du fœtus.

« Le chloroforme à la fin de la période de dilatation et pendant l'expulsion, qui doit alors être artificielle pour hâter le plus possible la parturition, peut, manié avec prudence et malgré l'état du cœur, à cause même de l'état du cœur, être donné en toute assurance. »

L'auteur fonde son opinion sur deux observations personnelles ; dans la première, une femme cardiaque, avec accidents, fut menée jusqu'à terme grâce au traitement cité : une application de forceps mit au monde un superbe enfant, mais la mère mourut presque subitement le troisième jour pendant une crise d'asystolie.

La seconde observation est moins précise, mais plus heureuse

comme résultat. Une primipare de 21 ans, bien portante jusqu'alors, devient enceinte et se surmène pendant les premiers mois de sa grossesse; elle est prise à la fin du premier trimestre d'asystolie, et on trouve le cœur *hypertrophié*, ses battements *fréquents*, un peu *irréguliers*, et le premier temps *dédoublé*, légèrement *soufflant*. Les urines sont rares, mais non albumineuses, pauvres en sels, mais riches en urée. Le traitement recommandé par l'auteur permet à la grossesse d'aller à terme; l'enfant naît vivant, bien développé, et la mère se rétablit.

Un seul point nous paraît obscur dans cette seconde observation d'ailleurs intéressante: est-il possible qu'un cœur normal, simplement hypertrophié par la grossesse, puisse être pris d'asystolie sous l'influence seule du surmenage? Que de fois les malheureuses qui viennent accoucher à l'hôpital ont dû se surmener pendant toute leur grossesse sans avoir d'accidents d'aucune sorte, si le cœur n'est pas primitivement atteint! Et ne peut-on pas se demander si chez une femme bien portante habituellement, mais prise d'accidents gravidocardiaques, il n'existe pas une lésion du cœur, non infectieuse, congénitale ou évolutive, latente et ignorée de la malade elle-même, jusqu'au jour où une grossesse fait apparaître des complications que l'hypertrophie gravidique simple est peut-être incapable de produire. M. Rivière note que pendant les suites de couches sa seconde malade avait les battements du cœur très ralentis, à *trente-six ou trente-huit par minute*. Cette lenteur est tout à fait anormale, même chez une nouvelle accouchée, le ralentissement physiologique du pouls le faisant bien rarement tomber au-dessous de 50 par minute. Et certaines lésions originelles, latentes habituellement, telles que le rétrécissement mitral pur de Durozier, se caractérisent souvent par une lenteur extrême du pouls.

Quoi qu'il en soit du diagnostic, M. Rivière donne un excellent conseil en recommandant la saignée, le régime lacté, les purgatifs et l'oxygène chez les femmes enceintes atteintes d'accidents dyspnéiques et asystoliques. Mais la proscription qu'il fait de l'accouchement provoqué doit-elle être absolue? C'est là une question importante et qu'il y aurait lieu de reprendre.

88. — Le chlorure de chaux contre le prurit anal. —
 A. L. BERGER (*Zemsky Vrach*, 1893, n° 13, page 213) recommande d'introduire à un pouce de profondeur dans l'orifice anal, en cas de prurit, un morceau de coton imbibé de la solution de chlorure de chaux. Les sujets traités ressentent-il une légère brûlure ou des douleurs peu prononcées, on retirera immédiatement le morceau de coton et, après avoir lavé la région anale avec la solution de chlorure de chaux, on la laissera sécher spontanément. Les démangeaisons cesseraient instantanément ; quant aux autres symptômes morbides concomitants, tels que, par exemple, tuméfaction, éruption eczémateuse du périnée et du scrotum, etc., il céderaient après quelques applications. (*Nouveaux Remèdes*, janvier 1895.)

* * *

89. — L'hélénine en gynécologie. (HAMONIC.) — Depuis que mon confrère M. le Dr Abeille m'a indiqué l'action curieuse et remarquable qu'exerce l'hélénine sur l'utérus, c'est-à-dire depuis bientôt six ans, j'ai eu l'occasion de la vérifier un très grand nombre de fois. Je viens de compter à ma clinique 530 observations où j'ai employé cette médication dans la leucorrhée liée, soit à l'endométrite, soit à des état généraux mauvais, soit à des lésions organiques de l'utérus (corps fibreux).

96 fois sur 100 j'ai obtenu un résultat *positif* et la plupart du temps une *guérison durable*. *L'hélénine exerce une action élective sur les glandes utérines.*

Les cas où ce remède fait merveille et où il est, à mon avis, spécialement indiqué, sont ceux dans lesquels *la leucorrhée se lie à l'endométrite catarrhale glaireuse, avec ou sans pus, ou à la chloro-anémie.*

Depuis un ans je combine l'hélénine au protoxalate de fer, à la quassine et à l'extrait mou de quinquina, sous la forme suivante :

Hélénine cristallisée.....	0.02 centig.
Quassine cristallisée.....	0.005 milligr.
Protoxalate de fer.....	0.10 centigr.
Extrait mou de quinquina.....	Q. S.

Pour une pilule. Deux ou trois par jour.

Cette préparation exerce une action reconstituante générale et locale remarquable et en très peu de temps l'utérus se modifie. J'ai vu nom-

de fois une métrite catarrhale disparaître complètement en quelques jours. Je donne, pour ma part, la préférence à l'hélénine cristalline. Ce qui démontre bien que l'hélénine exerce sur les glandes de l'utérus l'action spéciale que M. le Dr Abeille a constatée et étudiée. Le premier, c'est que dans les pilules précédentes, si on supprime ce corps, si que je l'ai fait maintes fois, la leucorrhée ne se modifie pas du tout ou bien elle s'atténue lentement et seulement lorsque l'état général est très amélioré, tandis que, dans le cas contraire, ce symptôme est le premier à disparaître.

1. — Traitement de la paramétrite. (JACOBS.) — 1° Paramétrite aiguë. — Repos absolu et continu. Emissions sanguines locales. Purgatifs doux. Preissnitz abdominal. Narcotiques. Injections vaginales chaudes.

En cas de stade aigu enrayé, préparations iodées sur l'abdomen et dans le rectum. Bains de siège. Injections vaginales fréquentes. Régime tonique. Purgatifs légers.

Compressions des culs-de-sac vaginaux avec la teinture iodée suivante :

Iode métallique.....	10 à 15 grammes
Essence de genévrier.....	100 —
Pour usage externe.	

Paramétrite chronique. — Bains de siège à l'eau ou bains de vapeur. Tampons vaginaux à la glycérine iodoformée ; injections locales continues et répétées au moyen d'un injecteur à double courant. Eaux minérales iodées. Bains d'eaux mères salines. Bains de vapeur et en général tous les agents excitant la résorption. Massage. Compressions iodées.

Ces traitements doivent être continués pendant de longs mois.

Lorsque les foyers passent à suppuration, il faut, non pas confier l'évacuation à la bonne nature, mais la favoriser par des incisions aux lieux d'élection : culs-de-sac vaginaux, incision abdominale au-dessus du ligament de Poupart.

2. — Dangers et complications du curettage post-partum. — On a beaucoup abusé du curettage post-partum dans

ces dernières années. M. le Dr A. DUMONT fait suivre un travail très documenté publié dans les *Archives de tocologie et de gynécologie* (mars 1895), des conclusions suivantes :

Le curettage post-partum, intervention énergique, réservée pour certains cas déterminés, mais très peu nombreux, ne doit être pratiqué qu'avec la plus grande prudence, en raison des accidents et des complications graves toujours possibles.

Les dangers de l'opération résultent :

1° De l'état de l'utérus au moment du curettage. Il est volumineux, de consistance molle et de très faible épaisseur, toutes circonstances favorables à la perforation ;

2° De l'abaissement du col, dangereux en raison des lésions annexielles, soit préexistantes, soit consécutives à la septicémie actuelle ;

3° De la dilatation à la suite de laquelle on peut observer un état fébrile marqué, des déchirures profondes et même des perforations ;

4° Des injections intra-utérines antiseptiques et caustiques, dont les accidents peuvent tenir soit à la technique de l'injection, soit au liquide injecté (composition chimique, pression, température, présence de l'air), le tout amenant les complications les plus graves ; lypothymies, syncopes, et même mort subite ;

5° Du grattage proprement dit, qui est une opération incomplète et grave. Incomplète, puisqu'après elle on retrouve encore dans l'utérus des fragments volumineux de placenta ou de fœtus. Grave, par elle-même (hyperthermie consécutive, opération aveugle) et par ses complications (hémorrhagie et perforation), cette dernière nécessitant des laparotomies et des hystérectomies pour être réparée.

(*Bull. méd.*)

* * *

92. — De l'élythrotomie dans les collections pelviennes. (VAUTRIN.) — *Conclusions* :

En résumé, je crois qu'en matière de collections pelviennes, il faut être éclectique. Si la laparotomie est recommandable dans les collections élevées, de grand volume, en rapport avec des lésions des trompes ou avec des grossesses extra-utérines, je pense que l'élytrotomie est non moins indiquée pour les collections basses, bien limitées, que l'on atteindrait difficilement par les voies supérieures. A la portée de tous les médecins en cas d'urgence, l'élytrotomie postérieure trouve des applications multiples. Quant à l'élytrotomie antérieure, elle a été

jusqu'ici fort peu pratiquée, si tant est qu'elle ait déjà fait l'objet d'une description spéciale.

(*Rev. méd. de l'Est.*)

93. — Des dangers des injections intra-utérines de glycérine. — M. PFANNENSTIEL a employé, dans deux cas, le procédé de Frank, c'est-à-dire l'injection d'une grande quantité de glycérine dans la cavité utérine dans le but de provoquer un accouchement prématuré. Dans le second cas, sont survenus après l'injection une cyanose, l'obnubilation des sens, une élévation de la température, un ralentissement du pouls. Puis se montrèrent les phénomènes de néphrite avec hémoglobinurie, albuminurie et cylindres hyalins. D'après l'auteur, tous ces phénomènes seraient dus à une altération du sang provoquée par l'action toxique de la glycérine. Il se base sur ce fait, qu'on peut provoquer expérimentalement ces troubles, surtout l'hémoglobinurie et l'albuminurie, en injectant, aux animaux, de la glycérine sous la peau. M. Pfannenstiel considère le procédé de Frank comme trop dangereux, tandis que les avantages qu'il présente sont relativement minimes. Aussi, d'après l'auteur, ce procédé doit-il être abandonné. (*Centralb. f. Gynäk.*, n° 16, 1894.)

M. Pelzer n'est pas d'accord avec M. Pfannenstiel sur les dangers des injections intra-utérines de glycérine employées pour la provocation d'un accouchement prématuré. Il mentionne vingt-huit cas où il a employé ce procédé. Dans dix-huit, il a pu provoquer l'accouchement et dans aucun il n'a observé ni hématurie, ni albuminurie. Les contractions utérines surviennent, en général, deux heures après l'injection ; la dilatation du col, huit, dix heures après. Il n'a pas eu de cas de mort, sauf deux par éclampsie chez des femmes brightiques. Dans un cas, on a pu attribuer la mort du fœtus à l'injection de 100 grammes de glycérine. Les expériences ultérieures de l'auteur lui ont démontré que cette dose est trop élevée. Il vaut mieux injecter 30 à 50 grammes de glycérine à la fois et au besoin répéter l'opération. Avec des quantités pareilles, on ne provoque pas de contractions utérines trop fortes et il y a moins de danger pour le fœtus. Il ne faut pas avoir recours à ce procédé chez les éclamptiques et en cas de placenta prævia. (*Centralb. f. Gynäk.*, n° 15, 1894.)

94. — Traitement des métrites par la solution de chlorure de zinc au dixième, par E. Fort, Thèse Paris, 1894. — Le bâton de M. Dumontpallier a été banni de la thérapeutique intra-utérine. La flèche de Canquoin que M. Polaillon glissait dans la matrice a eu à peu près le même sort. Il faut se féliciter de ce résultat. L'utérus, déjà menacé par les chirurgiens qui savent si bien en pratiquer l'ablation depuis quelques années était exposé aux entreprises de tous les praticiens capables d'introduire dans la cavité cervico-corporéale une fine tige à base de chlorure de zinc. L'opération était facile, mais les suites déplorables.

On sait que Broëse, Rheimstedter et Fristsch touchent depuis longtemps la cavité utérine avec un bourdonnet d'ouate imbibée d'une solution de chlorure de zinc à 50 0/0.

L'opération est renouvelée tous les huit jours pendant sept à neuf semaines environ.

M. Fort nous donne le manuel opératoire adopté par M. Périer, qui se sert du chlorure de zinc sous forme de glycérolé au dixième depuis l'année 1871.

Voici, en résumé, le procédé de M. Périer :

1° Dilatation utérine à la laminaire ;

2° Cautérisation de la muqueuse utérine avec un coton imbibé de glycérolé, pendant cinq minutes. On met ensuite dans la matrice une gaze imbibée de naphthol camphré.

Ce traitement est applicable « aux métrorrhagies peu abondantes, « ou à la métrite catarrhale, ou à la métrite post-puerpérale sans ré-
« tention de débris placentaires ou enfin à la métrite accompagnée de
« salpingite non volumineuse ni aiguë ».

Il y a lieu de se méfier de l'atrésie. Si on pratique une bonne dilatation et si les soins consécutifs sont exactement remplis, ce traitement peut donner de bons résultats. Cependant, nous avouons n'avoir aucune sympathie pour le chlorure de zinc.



95. — Comment doit-on donner une injection intra-utérine ? par le D^r L. TOUVENAIN (1). — Il n'est pas aussi aisé qu'on pourrait le croire de pratiquer une injection intra-utérine ; c'est une véritable petite opération qui exige, pour être bien faite, des

(1) Extrait de la *Revue internationale de médecine et de chirurgie pratiques*.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

très exactes du conduit vagino-utérin. —
bien préciser le manuel opératoire, en in
vous distinguerons deux cas : 1° Immédi
t ; 2° pendant le post-partum .

intra-utérine après l'accouchement. —
t tout, de spécifier dans quelles circonst
r à l'accouchée une injection intra-utérin
qu'il ne faut pas ériger cette habitude c
, voire dangereux, d'y recourir indifféren
lements, comme le font quelques médecins
intra-utérine est particulièrement indiqu
faire une délivrance artificielle ; dans ce
saire d'y avoir recours ; car, en raison de
is la cavité utérine, on est en droit de
ions possibles, quelles que soient les pré
'on ait prises. En second lieu, lorsqu'or
hémorrhagie survenant après la délivran
injection intra-utérine bien chaude po
ent sanguin. Voilà, à mon avis, les deux
iffient, au moment de l'accouchement, l'
intra-utérine.

et appareils nécessaires. — Comme
ement soit de la sonde de Budin, soit de
ra, bien entendu, eu le soin de stériliser
de l'eau bouillante. On devra, en outre, a
eux litres au moins et un bassin en porce
ne ceux que j'ai représentés dans mon

onner à l'accouchée. — La femme doi
horizontal, la tête aussi basse que possible. C
bassin sans trop l'enfoncer, de manière à ca
les mouvements de la sonde. Les cuisse
demi-fléchies sur le bassin, les jambes

1, avant de procéder à l'introduction de
vulvaire et une irrigation vaginale avec la c
1 de la sonde. — L'accoucheur se place
duit l'index et le médius de la main dro
le vagin ; ces deux doigts cheminent j

l'utérus, puis le médius, tourné en haut et en avant, est doucement et profondément engagé dans le large orifice cervical, tandis que l'index recourbé à angle droit emplit le cul-de-sac antérieur cherchant à rétroverser l'utérus.

A ce moment, la sonde, au préalable amorcée et tenue de la main gauche, est glissée sur le médius, jusqu'à ce que le bec touche la pulpe du doigt. Le médius soutient alors la sonde que la main gauche pousse doucement ; on éprouve bientôt une certaine résistance, c'est l'anneau de contraction qui s'oppose à la pénétration de la sonde : il suffit d'insister un peu, sans forcer, pour sentir cette résistance vaincue ; la sonde a alors franchi l'anneau de contraction et a pénétré dans la cavité utérine. La main gauche doit à ce moment abaisser *fortement* la sonde vers le plan du lit, et ce seul mouvement suffit pour la faire pénétrer profondément.

Dès que la sonde est dans l'utérus, la main gauche de l'accoucheur vient s'appliquer à plat sur la paroi abdominale. Puis, la paume de la main appuyant fortement sur la corne utérine droite et la pulpe des doigts sur la corne gauche, la main jugera ainsi facilement de la distension possible de l'utérus et l'empêchera en comprimant modérément cet organe.

L'index et le médius restés dans le vagin apprécieront la moindre apparence de contraction et serviront de conducteur au liquide.

Il faut que, pendant tout le temps que dure l'injection intra-utérine, le récipient contenant le liquide ne soit pas élevé à plus de 30 à 35 centimètres au-dessus du lit, de façon à ce que la pression ne soit pas trop forte et qu'on pratique seulement un lavage. Si une contraction utérine survient assez violente pour oblitérer le col et arrêter l'écoulement de retour, la distension n'est pas à redouter, car le liquide n'ayant qu'une faible pression, sera refoulé dans le récipient ; par mesure de précaution, on pourra néanmoins abaisser le récipient jusqu'au plan du lit, dès que les deux doigts restés en contact avec le col sentiront la contraction.

La durée d'une injection intra-utérine ne doit jamais dépasser dix minutes, et, dans tous les cas, on devra toujours s'arrêter avant l'écoulement complet du liquide du récipient ; en retirant la sonde, on irriguera le vagin de façon à empêcher l'entrée de l'air dans l'utérus.

B. Injection intra-utérine durant le post-partum. — Si l'introduction de la sonde est relativement facile immédiatement après l'accouchement, il n'en est plus de même dans les jours qui suivent, parce

que le col tend à se refermer. Le plus souvent, dans les premiers jours du post-partum, la manœuvre n'est pas beaucoup gênée qu'au moment de l'accouchement, surtout si l'on a rigé l'antéflexion utérine. Mais, au bout de huit à dix jours, l'opération devient plus difficile et assez pénible pour la femme. Dans tout cas, nécessaire de ne procéder différemment qu'avec précaution.

Au lieu de laisser la malade couchée dans son lit, on la place, dans la position obstétricale, le siège débordant le bord du lit, les membres inférieurs bien écartés seront soutenus par deux personnes qui fléchiront autant que possible les cuisses sur le bassin. On procédera à l'évacuation de la vessie et à la toilette vulvo-vaginale. On appliquera deux valves, en ayant soin de commencer par la supérieure et en plaçant ensuite la supérieure de façon à bien découvrir l'orifice cervical. On verra alors très nettement l'orifice cervical, et il sera très facile d'introduire la sonde qui pénétrera dans l'utérus sans rencontrer une trop grande résistance.

Dans le cas où l'on n'arriverait pas à entrer dans l'utérus, on trouvera bien de saisir, à l'aide d'une pince de Museux, la partie supérieure du col ; on pourra alors abaisser l'utérus facilement. On charge un aide d'appuyer sur le fond de l'organe. Quand le col est près de la vulve, on relève la pince à angle droit et on introduit la sonde.

Je préfère, quand je suis obligé de pratiquer une injection utérine quelques jours après la délivrance, me servir de la sonde de Fritsch, dont la courbure rend l'introduction plus facile. C'est toujours de cette sonde que je me sers lorsque je veux laver l'utérus en dehors de l'accouchement.

A ce propos, je crois utile d'indiquer la conduite que j'ai de tenir après un curetage pratiqué après un avortement. Il est évident que lorsqu'on est obligé de curetter une femme qui a eu une fausse couche et qui a de la fièvre par suite d'infection, la rétention de débris placentaires dans l'utérus, je considère que ce serait faire une opération incomplète que de se contenter de cela. Les jours qui suivent le curetage, de pratiquer des injections utérines ; il est nécessaire de faire quotidiennement un lavage utérin ; et l'on sait combien rapidement le canal cervical se referme dans ces cas et combien il est difficile de pénétrer dans l'utérus. Avec la sonde de Fritsch, la chose est rendue aisée, et j'ai

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

de sérieuses difficultés, grâce, je le répète, à sa connaissance des considérations que je voulais exposer sur le mode de l'injection intra-utérine, opération des plus simples si elle est exécutée suivant les règles et qui, au contraire, entraîne les plus graves complications, quand elle est faite par un médecin inexpérimenté ; j'ai vu une fois une malade à qui une sonde avait perforé le cul-de-sac de Douglas en poussant avec une sonde qu'elle croyait avoir bien introduite dans l'utérus.



Traitement des métrorrhagies par l'hydrastine.

— Depuis un certain nombre d'années déjà, l'hydrastine, principe actif de l'hydrastis canadensis, est connue pour son efficacité contre les hémorrhagies internes. M. Kallmeyer a fait de ce médicament l'objet de recherches systématiques, à l'hôpital gynécologique de Berlin. Ces recherches ont porté sur 100 cas et se décomposent ainsi : vingt-cinq cas de ménorrhagies, dix cas de métrite chronique ; quatre cas de métrorrhagies en relation avec des affections des annexes ; cinq cas d'hématocèle rétro-utérine ; huit cas de métrorrhagies survenues dans le cours de la grossesse ; quatre cas de myomes utérins ; enfin deux cas de cancer de l'utérus.

Pour le traitement, le médicament a été administré sous la forme de pilules ou de sirops composés :

Chlorhydrate d'hydrastinine.....	0 gr. 025
Sucre blanc.....	1 gr.

Faire une pastille. Faire douze pastilles semblables. Dose : une pastille par jour.

En vue d'une meilleure conservation et pour éviter le goût amer du médicament, celui-ci a été donné sous forme de pilules ayant pour formule :

Chlorhydrate d'hydrastinine.....	1 gr.
Sucre et poudre de réglisse.....	Q. S.

à faire des pilules n° XXX.

Prendre trois fois par jour une pilule. Au besoin cette dose peut être portée à six pilules. En fait d'effets secondaires, il n'y a rien à signaler.

cette médication n'a jamais entraîné que des coliques utérines (très fortes doses) des douleurs d'estomac.

Les malades qui ont été soumises à ces essais sont restées saines pendant vingt et un mois au moins, après cessation de traitement, quelques-unes pendant deux ans et un quart.

Les meilleurs résultats ont été obtenus dans des cas d'hémorragies consécutives à une hématoecle, dans des cas de métrorragies simples, de métrorrhagies consécutives à un avortement, à une torsion des annexes. Les résultats ont été moins bons dans des cas de métrite chronique ; ils ont été douteux ou nuls, dans le cas de métrorrhagie en rapport avec la grossesse, avec un myome ou avec un carcinome. (*Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie*, t. XXIX.)



97. — Traitement de l'endométrite, par FEHLING (Halle). (*Congrès de Gynécologie de Vienne.*) — FEHLING distingue d'abord au point de vue de l'intervention thérapeutique les endométrites en 2 groupes : les endométrites puerpérales et les endométrites non puerpérales.

1° Les endométrites puerpérales seront traitées dès le début, à-dire dès que l'apparition de la fièvre chez une femme en couches pourra faire craindre l'infection de l'endomètre, par des injections intra-vaginales au lysol, au permanganate, à l'eau phéniquée répétées de 2 en 2 ou 3 heures. Si après 24 heures les phénomènes ne rétrocedent pas, on aura recours au lavage intra-utérin avec 3 litres d'eau tiède ou faiblement antiseptique et répété tout au plus tard toutes les 24 heures. Dans l'intervalle des lavages on donnera de l'ergotine, on donnera un sac de glace ou un emment de Priessnitz sur le ventre. Ces injections ne seront continuées qu'en cas de paramétrite, de pelvipéritonite, etc. ; elles seront utiles que jusqu'au sixième jour après l'accouchement ; au-delà il y aura lieu de craindre, si on n'a pas obtenu d'effet, que le processus septique a dépassé l'endomètre.

Le curettage n'est justifié que dans le cas de rétention de fragments du placenta ou des membranes. Il devra être suivi d'une cautérisation de la cavité utérine par l'alcool camphré à 50 pour 100 ou de l'application de crayons d'iodoforme ; ceux vulgarisés en France par M. Lannelongue rempliront parfaitement cette dernière indication.

2° Les endométrites non puerpérales, la plupart d'origine blennorragique, sont aiguës ou chroniques.

a) Le traitement général des formes aiguës consistera en repos au lit, glace ou enveloppement de Priessnitz sur le ventre, purgatifs légers, morphine. Localement on se contentera d'injections vaginales, de badigeonnages du col au nitrate d'argent à 10 pour 100, d'introduction au contact avec le col d'ovules à la glycérine de Chaumel. Si on est sûr de l'intégrité des annexes, on pourra essayer les cautérisations à l'alcool phéniqué à 50 pour 100, au chlorure de zinc à 20 pour 100, à la teinture d'iode à 20 pour 100, au nitrate d'argent à 10 pour 100 ; ces cautérisations auront pour but de détruire les gonocoques dans la muqueuse.

b) Dans l'endométrite chronique on donnera au début plus d'importance au traitement général qu'au traitement local. On prescrira tout d'abord les toniques, on réglera l'exercice physique ; on adressera les femmes aux eaux minérales en se basant pour le choix de la station sur la constitution et le tempérament des malades ; le séjour aux altitudes ou au bord de la mer pourra aussi être recommandé.

Avant d'intervenir localement, on s'assurera qu'il n'existe pas de contre-indication : métrite aiguë ou subaiguë, annexites, paramétrite, péritonite pelvienne.

De même, avant de s'occuper de l'endomètre, on traitera au préalable le catarrhe du vagin et du col, s'il existe.

S'agit-il de simples troubles circulatoires, de phénomènes de congestion de la matrice, on aura recours aux saignées locales, au massage utérin, aux injections vaginales chaudes, aux ovules Chaumel, à la glycérine simple, ou additionnée de substances antiseptiques : ichthyol, acide phénique, salol, etc.

S'agit-il de traiter l'endomètre directement, on commencera par dilater le canal ; l'emploi des laminaires bouillies au préalable pendant quelques minutes dans l'eau phéniquée à 6 pour 100, puis stérilisées à sec à 130°, constitue le meilleur procédé pour obtenir une dilatation rapide. Sur la muqueuse utérine on agira à l'aide de médicaments liquides introduits au moyen de la sonde de Playfair : teinture d'iode à 10 ou 20 pour 100, alcool phéniqué à 50 pour 100, perchlorure de fer pur ou en solution de 50 pour 100, chlorure de zinc à 10 ou 20 pour 100, etc., dans les cas de métrorrhagies. En cas de catarrhe utérin : solution de 5 à 30 pour 100 de nitrate d'argent ; ichthyol pur ou mélangé à parties égales avec la glycérine, acide pyro-

ligneux, ainsi que les médicaments précédemment énumérés. Après la cautérisation la malade gardera le lit et on introduira dans le vagin un des ovules déjà mentionnés. Ces cautérisations seront répétées avec des intervalles d'au moins 8 jours.

Au lieu des cautérisations avec les liquides, on peut avoir recours aux topiques solides sous forme de crayon Chaumel à l'iodoforme, au nitrate d'argent, à l'acide phénique, etc. ; leur action reste limitée à l'endométrite. Les crayons au chlorure de zinc de Dumontpallier doivent être rejetés à cause de leur action caustique excessive.

L'insufflation des médicaments en poudre et leur emploi en pomade sont peu rationnels.

Chez les vierges et les nullipares, qui ont un canal cervical étroit, M. Fehling a recours de préférence au tamponnement de la cavité utérine à l'aide de gaze iodoformée.

Le curettage ne sera employé que lorsque les moyens précédents auront échoué et à condition qu'il n'existe aucune inflammation aiguë ou subaiguë de l'utérus ou des annexes.

(Médecine moderne.)

* * *

98. — Médicaments à employer dans les hémorrhagies utérines. (LIÉGEOIS.) — Ai-je réussi à faire passer chez les autres ma conviction quand j'ai entrepris naguère d'établir à cette même place que dans les ménorrhagies chlorotiques l'hydrastis associé au sulfate de fer, que dans les ménorrhagies des sanguines, des arthritiques, des obèses, candidates à l'endométrite fongueuse, l'hydrastis est d'une remarquable efficacité curative et préventive, tandis que l'ergot n'aboutit pas à grand résultat ? que l'hydrastis empêche le retour des métrorrhagies de la ménopause sans éveiller, comme l'ergot, des coliques utérines ? que l'hydrastis, uni au piscidia, au viburnum, met un terme — ce que ne fait pas l'ergot — aux métrorrhagies par hypercongestion utérine liées à l'ovarialgie, aux névralgies lombo-abdominales, à la névralgie de l'utérus ? Et si je suis partisan de l'ergot dans les métrorrhagies menstruelles ou intermenstruelles des corps fibreux interstitiels et des polypes utérins, j'ai hâte de recourir à l'hydrastis dans un but prophylactique aussitôt que l'hémorrhagie est conjurée.

Quelle que soit, pendant la grossesse, la raison d'une métrorrhagie, il ne faut pas la combattre par l'ergot.

Les accoucheurs remplacent l'ergot par le tamponnement ou par les

injections vaginales chaudes dans la métrorrhagie de l'avortement des huit premières semaines ou du troisième ou du quatrième mois, et dans celle qui accompagne le décollement du placenta ou sa rétention dans l'utérus. Nous devons, toutefois, à la vérité, de dire que l'injection d'ergotine nous a toujours été fidèle après la délivrance dans les hémorrhagies externes par inertie de la matrice.

(Journal des Praticiens.)

* * *

99. — De la dilatation brusque du sphincter anal dans le traitement de l'asphyxie des nouveau-nés. — Dans deux cas d'asphyxie des nouveau-nés, un confrère américain, M. le docteur Cooke, a eu recours avec succès, pour ranimer l'enfant, à la dilatation du sphincter anal, moyen qui a déjà été recommandé pour combattre l'arrêt de la respiration survenant au cours de l'anesthésie chloroformique. M. Cooke conseille de procéder de la façon suivante : on ne sectionne pas le cordon, on place l'enfant de façon à pouvoir bien l'observer, puis l'index préalablement huilé est introduit brusquement dans l'anus, ce qui provoque aussitôt un mouvement respiratoire. Cette manœuvre peut être répétée plusieurs fois, suivant la nécessité.

* * *

100. — L'herbe de Saint-Jacques contre l'aménorrhée. — L'herbe de Saint-Jacques (grande jacobée, *senecio Jacobœa* L.) serait, d'après W. MUREL, un excellent remède contre l'aménorrhée, surtout si celle-ci est causée par le refroidissement. Il prescrit cette drogue sous forme de teinture préparée de la plante fraîche (1/10), à en prendre 2 grammes 3 fois par jour ; on élèvera graduellement la dose jusqu'à atteindre 15 grammes par jour à prendre en 4 fois ; on peut aussi se servir de l'extrait fluide, à prendre 4 fois par jour, par XX gouttes.

(British medical Journal.)

FORMULAIRE

—

De l'usage de l'eau chloroformée dans l'entérite catarrhale compliquant les inflammations pelviennes. (JULES CHÉRON.)

On s'est beaucoup occupé, dans ces derniers temps, du traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse, chez les malades atteintes d'une

FORMULAIRE.

utéro-ovarienne, mais on a complètement laissé de côté l'entérrhale survenant dans les mêmes conditions.

Et là, cependant, d'une complication relativement fréquente, résultant par des diarrhées tenaces et très déprimantes, par des douleurs pénibles et colliquatives, quelquefois même s'accompagnant, chez les femmes nerveuses, de ballonnement du ventre par tympanisme intestinal, ce qui n'est pas sans les inquiéter vivement.

Les opiacés, souvent conseillés dans ce cas, présentent l'inconvénient de produire une constipation plus ou moins grande suivant les doses, et qui est remplacée par de nouvelles diarrhées dès que l'on cesse l'administration de l'opium.

Les astringents intestinaux, malgré les services qu'ils rendent, ne sont bien tolérés, n'agissent pas rapidement contre la diarrhée, et sont plutôt indiqués pour terminer la cure.

On obtient une sédation rapide des douleurs, l'arrêt de la diarrhée, la constipation consécutive et le déballonnement du ventre quand on administre par l'eau chloroformée, qui est un excellent antifermentescible, des doses digestives en même temps qu'un analgésique très remarquable dans les conditions où nous nous plaçons.

Principalement on peut employer avec avantage ce médicament :

• Eau chloroformée saturée.....	120 grammes
• Eau distillée de tilleul.....	120 —
• Eau de fleur d'oranger.....	120 —

Prendre une cuillerée à soupe de chacun de ces trois flacons après chaque repas (matin, midi et soir).

Si la douleur, bien qu'atténuée, persistait, ainsi que la diarrhée, on recommence, le second jour, doubler les doses, c'est-à-dire prendre 3 autres cuillerées à soupe de ces trois flacons, 2 heures après chaque repas, continuant à les prendre, comme le premier jour, après les autres repas.

Il est inutile d'ajouter que le régime alimentaire devra être surveillé de près, que le vin et les alcools seront formellement interdits, et qu'on ne permettra que des aliments de digestion très facile, se bornant même au besoin, pendant les premiers jours, aux aliments légers et surtout au régime lacté.

Directeur-Gérant, Dr J. CHÉRON.

Paris (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICAL

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

CURETTAGE POUR LÉSIONS DES ANNEXES ET GROSSES CONSÉCUTIVES.

Le *Congrès allemand de gynécologie*, dont nous avons parlé dans notre avant-dernière Revue, a remis à l'ordre la question du traitement de l'endométrite.

Les gynécologistes allemands ont fait un éloge mé applications intra-utérines que, pour notre part, nous v dans la très grande majorité des cas et qui suffisent très souvent à ramener la muqueuse à son état norm seulement les applications intra-utérines, associées à la tion, au drainage, au massage, aux révulsifs, etc., sui indications presque toujours complexes qu'il y a lieu c plir dans chaque cas, guérissent beaucoup d'endométri ples mais encore elles permettent fréquemment la guér lésions annexielles concomitantes.

Mais c'est surtout la question du curettage qui nous avoir été mal comprise des gynécologistes allemands.

Faire le curettage toutes les fois qu'on constate une même légère de la muqueuse utérine est évidemment u il ne faudrait pas cependant dire, comme c'est la t actuelle, que le curettage est souvent dangereux, q

Revue des Maladies des Femmes. — SEPTEMBRE 1895.

er la situation, créer de toutes pièces des infections des
 es qui n'existaient pas avant l'emploi de la curette, etc.
 s'attendre à voir commencer bientôt une campagne con-
 curettage et ses méfaits. Nous y gagnerons peut-être
 us grande précision dans les indications de cette excel-
 etite opération, et ce sera tout avantage pour les male-
 ais il y aura lieu de se garder d'une réaction trop vio-
 car le curettage a rendu de très grands services à la
 ologie et on doit lui laisser la place très importante qu'il

gynécologues allemands sont encore, en très grand nom-
 artisans de l'ablation des annexes avant toute tentative
 rapeutique intra-utérine active et semblent croire que la
 é étant incurable dès que les trompes de Fallope ont été
 es, il n'y a pas lieu de se préoccuper de conserver des
 s devenus inutiles.

lecteurs savent que nous sommes loin d'accepter cette
 e de voir.

s croyons, pour en avoir observé maints exemples très
 stratifs que l'on peut espérer, dans la très grande majo-
 s cas (après ou même souvent sans curettage), la guéri-

lésions des annexes même très graves en apparence,
 utiler les malades. Nous croyons aussi que la grossesse
 souvent récompenser le gynécologue des efforts qu'il a
 our mener à bien le traitement conservateur.

t, pour nous, une excellente occasion d'attirer l'attention
 lecteurs sur un intéressant mémoire du D^r MANGIN (de
 lle), ayant trait aux *Résultats éloignés de 90 opérations*
ovariennes pratiquées sur l'utérus, 54 cas de grossesses
utérines (1). Les faits que nous allons citer, d'après notre
 gué confrère, valent mieux que toute discussion théori-
 ils ne sont du reste pas isolés et nous avons déjà plus

d'une fois cité des statistiques analogues. Si nous revenons encore aujourd'hui sur cette question, c'est que nous croyons utile à notre cause de répondre par des faits à des assertions vagues et, à notre avis, inexactes.

Ceci dit, laissons la parole à M. MANGIN :

« Dans une période de 6 ans, de 1888 à 1894, dit-il, nous nous trouvons en face de 90 interventions utérines avec 52 grossesses.

« Ces cas se répartissent de la façon suivante :

1° Curettages simples 37, avec 21 grossesses ;

2° Curettages et amputations du col 33 cas, avec 17 grossesses ;

3° Curettages, amputations du col et opérations plastiques sur le vagin pour remettre et maintenir l'utérus en bonne position, 20 cas avec 14 grossesses.

Sur ces 52 opérées devenues enceintes, 10 ont déjà eu deux enfants, une trois.

En somme, 58 % de nos malades sont devenues enceintes.

Nos dernières opérations que nous faisons entrer en ligne de compte remontant à peine à 1 an et 5 opérées dont nous avons retenu les observations, ayant été perdues de vue au bout d'un an, on peut considérer ce chiffre de 58 % comme au-dessous de la réalité, beaucoup d'opérées ne devenant enceintes qu'au bout de deux et trois ans, surtout lorsque les trompes et ovaires étaient atteints (1).

(1) Cette remarque était justifiée. En effet, dans le tirage à part du mémoire de M. MANGIN, on lit, en note, p. 27 : « Après la publication de la première partie de ce mémoire, dans le numéro de janvier 1895 des *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*, nous avons appris que deux de nos opérées ont eu des enfants, ce qui porte le nombre à 54. L'une fait le sujet de l'observation LVI, perdue de vue en 1893, elle avait été considérée comme stérile, elle a accouché à terme en 1894, l'autre avait été perdue de vue après son opération (curettage et amputation du col pour métrite et salpingo-ovarite gauche légère) et pour ce fait n'avait pas été portée dans notre statistique. Le nombre des succès est donc plus grand que ne l'indiquait d'abord notre statistique. »

La dose sera de 2 à 3 grammes de sulfate de zinc par jour.

Il est aussi utile de faire avec du lait sucré des lavements locaux et de faire avec du lait sucré des lavements généraux.

Le traitement doit être continu et régulier. Les lavements locaux de lait sucré et de lait sucré à l'eau sucrée à l'huile de foie de morue sont les plus efficaces. Les lavements généraux de lait sucré et de lait sucré à l'eau sucrée à l'huile de foie de morue sont les plus efficaces.

Donner à la malade à manger à jeun des aliments riches en sucre.

Donner à la malade à jeun des aliments riches en sucre.

Donner à la malade à jeun des aliments riches en sucre.

Donner à la malade à jeun des aliments riches en sucre.

Donner à la malade à jeun des aliments riches en sucre.

Donner à la malade à jeun des aliments riches en sucre.

Sur les 51 malades, 51 avaient des affections concomitantes des annexes, de ces 51, 21 sont devenues enceintes.

Sur ces 21 grossesses, 16 se sont produites après des lésions d'un seul côté ; 5, alors que l'on avait constaté des lésions doubles.

7 de nos anciennes malades avortèrent par suite d'imprudences ou de syphilis : deux ont eu des grossesses après.

De nos 51 malades, 74 ont été guéries complètement.

7 ont été améliorées et souffrent à peine de loin en loin.

7 souffrent un peu plus ; elles ont de temps en temps des douleurs subaiguës assez douloureuses, mais n'ayant rien d'inquiétant. Ces malades refusent, du reste, toute intervention radicale, souffrant trop peu, disent-elles.

4 n'ont été que peu améliorées ; 2 ont déjà été réopérées l'enlèvement des annexes les a parfaitement guéries.

Parmi les malades améliorées, 10 ont eu des poussées inflammatoires légères, 4 des poussées assez sérieuses.

La même proportion de succès se retrouve chez les femmes restées volontairement stériles. Nous ne donnons pas ici leurs observations, ne nous attachant qu'à la question des grossesses consécutives aux opérations.

De ces faits, on peut tirer les conclusions suivantes : c'est qu'à la suite des interventions chirurgicales simples sur l'utérus :

« 1° Lorsque les annexes n'ont pas de lésion apparente, la grossesse est de règle, elle se produit dans 80 0/0 des cas au moins.

2° Lorsqu'il y a lésion des annexes avec métrite et perméabilité probable des trompes, 41 0/0 des femmes peuvent devenir enceintes :

57 0/0 à la suite de lésions simples,

21 0/0 à la suite de lésions doubles.

3° Lorsqu'il y a des collections liquides péri-utérines, après leur évacuation par la voie vaginale, la grossesse peut survenir dans 10 0/0 des cas (statistique de Goullioud.)

4° L'emploi des traitements conservateurs permet de diminuer, dans une très large mesure, le nombre des opérations radicales, et a l'avantage de permettre souvent la grossesse et de laisser au moins aux femmes stériles des espérances de maternité. »

Ces conclusions sont très légitimes et sembleront telles à quiconque voudra lire, avec l'attention qu'il mérite, le mémoire que nous venons de citer. Soignons donc nos malades avec persévérance, curettions-les au besoin, et ne les mutilons qu'à la dernière extrémité, lorsqu'il nous sera bien démontré que la thérapeutique conservatrice est insuffisante à les gué-

rir, ce qui est plus rare que le disent les détracteurs du curettage.

Jules BATUAUD.

**De l'importance du traitement des ptoses viscérales
avant ou après toute intervention chirurgicale chez
les malades atteintes d'affections utérines,**

Par le D^r JULES CHÉRON, médecin de Saint-Lazare.

Communication faite au Congrès de gynécologie de Bordeaux, août 1895.

Dans une série de communications que j'ai faites, dans ces dernières années aux Congrès pour l'avancement des sciences, je me suis efforcé de mettre en lumière l'atténuation que subit le tonus des organes contractiles sous l'influence de l'épuisement nerveux, plus particulièrement chez les femmes atteintes d'affections utérines ou simplement épuisées par des grossesses très rapprochées.

J'ai proposé de donner à cette forme particulière de la neurasthénie, chez la femme dont l'utérus s'abaisse au contact du plancher vaginal, sans aucune tendance au prolapsus, et dont l'estomac se distend concurremment ; la dénomination de *neurasthénie utéro-gastrique*.

Dans la dernière de ces communications, je démontrerais, en m'appuyant sur de nombreuses observations, que dans les cas de neurasthénie utéro-gastrique il n'y a pas simplement relâchement des ligaments larges et distension de l'estomac, mais encore, le plus souvent, de tous les viscères abdominaux.

Cette ptose ne se fait pas d'emblée et d'une façon générale, portant, à la fois, sur tous les viscères. C'est un envahissement progressif qui commence par l'utérus, si cet organe a été, tout d'abord, pris à partie par les causes d'épuisement. L'estomac, au contraire, peut être atteint le premier et se distendre alors que l'utérus n'est pas encore touché dans ses organes de suspension. Il en est de même pour tous les autres organes abdominaux qui, un à un, viennent ajouter leur ptose à celles déjà

effectuées, jusqu'à produire cette chute d'ensemble, cet abaissement total des viscères abdominaux qu'il convient de désigner du nom générique de *viscéroptoses*.

Or, cet abaissement progressif des organes abdominaux dont j'ai fait une étude spéciale chez les femmes, ne saurait être négligé dans le pronostic et le traitement des affections de l'appareil utéro-ovarien. Dans le pronostic, en effet, il est possible de laisser passer une cause d'erreur très importante : J'ai vu dans un très grand nombre de cas, des malades reconnues atteintes d'une affection de la muqueuse de la cavité utérine, subir l'opération du curettage, et, ne pas recouvrer un excellent état de santé corrélatif de la disparition de toutes leurs misères, qu'on croyait exclusivement, en rapport avec l'altération de la muqueuse utérine.

On subit souvent ce même mécompte après des opérations plus graves pratiquées sur l'appareil utéro-ovarien et l'on comprend la désillusion douloureuse des malades à qui on avait promis d'ailleurs le plus loyalement du monde, une absolue guérison.

Il en est de même pour le traitement; en effet, si avant d'initier celui-ci l'on tient compte de cet état de viscéroptose, après avoir examiné l'appareil utéro-ovarien considéré jusqu'alors comme le seul coupable de l'état de souffrance générale des troubles apportés dans l'exercice des fonctions, on examine un à un tous les viscères, si l'on interroge avec soin les malades on dégage rapidement le rôle de l'épuisement nerveux et la direction à imprimer au traitement s'en trouve de ce fait grandement modifiée.

Voici, par exemple, une malade qui a eu trois enfants en quatre ans; elle est très déprimée, elle marche péniblement, au réveil elle est plus fatiguée qu'elle ne l'était en se couchant, son estomac fonctionne très mal; elle a une constipation opiniâtre et de la pollakiurie diurne, ses règles sont ménorrhagiques, d'abondantes pertes blanches l'épuisent, son irritabilité morale est excessive, etc., etc.

L'examen des organes génitaux permet de constater, au toucher la sensibilité de l'utérus, son augmentation de volume, son abaissement au contact du plancher vaginal, et, sa forme

porte-manteau, en antéverson ; la vacuité des culs-de-sac et le renversement en champignon des lèvres du col.

Au spéculum on voit, un col volumineux, un double ectropion étalé sur les deux lèvres, un écoulement muco-purulent. Le cathétérisme donne une longueur de neuf centimètres. La curette d'exploration ramène, sans effort, de gros lambeaux d'une muqueuse ramollie et hypertrophiée.

Les indications thérapeutiques sont des plus nettes ; curettage de la cavité utérine, hersage du canal cervical, ablation des ectropions, drainage, ou encore curettage de la cavité utérine et amputation du col.

Si ces opérations sont pratiquées sans plus ample informé, quelques mois après la malade se retrouve sensiblement dans le même état où elle se trouvait avant l'intervention chirurgicale. Même fatigue, même difficulté à marcher, même constipation, même pollakiurie, même état nerveux.

L'écoulement muco-purulent a été remplacé par un écoulement séro-purulent et les ménorrhagies, diminuées au début, menacent déjà de revenir.

Mais si, dès le premier examen, la forme d'un utérus en porte-manteau séparé de ses adhérences normales avec la vessie et l'abaissement sans prolapsus, eussent attiré notre attention, nous eussions conclu à l'existence de la neurasthénie utéro-gastrique, notre examen se fut fait plus complet, tous les viscères eussent été examinés avec soin, l'état de viscéroptose eut été dûment constaté et les indications thérapeutiques s'en fussent trouvées modifiées.

Nous nous serions dit que, une fois pratiquée l'intervention chirurgicale, l'utérus se trouverait plus abaissé que jamais, surtout après avoir subi les tractions en usage dans l'opération du curettage. Et il ne faut pas croire que l'anneau pessaire puisse porter remède à cet abaissement, en effet le poids des viscères abdominaux qui écrase de plus en plus les organes contenus dans le bassin, au contact du plancher vaginal rend le port de l'anneau plus gênant qu'utile.

Il est vrai que la sangle simple bien appliquée à relever la partie inférieure de l'abdomen pourra atténuer le malaise, elle ne le fera pas disparaître complètement et elle astreindra la malade à porter deux appareils, le plus souvent sans avantage.

Quelles seront donc les indications thérapeutiques, une fois les viscéroptoses mises en ligne de compte ?

Convient-il d'intervenir avant tout traitement dirigé contre l'épuisement nerveux, contre les ptoses viscérales ?

Oui ! Il convient de modifier, avant toute intervention chirurgicale, l'épuisement nerveux et les ptoses viscérales qui en résultent, par un traitement médical approprié.

Si nous nous prononçons nettement en faveur du traitement médical avant toute intervention chirurgicale, chez les malades atteintes de ptoses, c'est en nous appuyant sur un grand nombre d'observations que nous avons pris soin de réunir en tableaux.

J'ose affirmer que la tendance au discrédit que subissent depuis peu de temps quelques opérations d'une utilité incontestable, notamment le curettage, tient à l'existence de viscéroptoses chez des malades qui ont supporté ces opérations sans en obtenir le résultat qu'elles en attendaient.

Ces viscéroptoses s'accompagnent parfois de ptoses vaginales avec cystocèle, rectocèle et dislocation consécutives du périnée.

Or, la situation devient par cela même plus fâcheuse encore.

Cystocèle, rectocèle, dislocation du périnée, voilà de véritables indications semble-t-il, à pratiquer la colpoperinéoraphie. Mais, si l'utérus est en abaissement au contact du plancher vaginal, si l'estomac est distendu, si le rein droit s'est échappé de sa loge, si le foie dépasse le rebord des fausses côtes, si l'abdomen est développé, particulièrement, dans la région hypogastrique, car c'est le plus souvent ce qu'on constate avec les lésions précédentes, on se trouve en présence de nombreux stigmates de ptoses viscérales qui devront faire hésiter à intervenir avant tout traitement.

J'ai vu fréquemment des malades opérées, dans les conditions morbides sus-énoncées, refaire peu à peu les mêmes lésions sans avoir obtenu même une guérison relative.

Dans la neurasthénie l'abaissement sans prolapsus, sans autres lésions, peut donner lieu à de tels troubles, à de telles douleurs, à une perturbation si profonde de la santé que l'on comprend l'insistance des malades à demander au chirurgien une intervention qui modifie brusquement leur pénible état.

MÉMOIRES ORIGINAUX.

ensement l'ablation de l'utérus ne remédie pas à la
chez les ptosées, les exemples en sont nombreux. J'ai
pendant quelque temps, à Saint-Lazare, une malade
scérales qui avait été hystérectomisée depuis deux
qui le dôme vaginal s'était avancé peu à peu, jusqu'à
us la poussée intestinale. Toutes les douleurs locales,
ubles de la santé générale s'étaient accrus dans une
portion.

is à m'occuper de la conduite à tenir dans les cas
pour suppurations pelviennes, chez les malades
e ptoses ; l'affection inflammatoire du bassin ayant
n résistant, de soutien, un dôme solide maintenant
abdominaux.

iterons donc la question aux affections utérines que
ions qui se compliquent fréquemment de ptoses vis-

ement sans prolapsus avec lésion du col de l'utérus
ite, ectropions).

étrite fongueuse avec ou sans hémorrhagies, compli-
a de subinvolution.

étrite avec rétroversion adhérente ou non adhérente.
sus utérin à ses différents degrés.

tion du périnée avec cystocèle et rectocèle.

tions nécessiteront les interventions chirurgicales

putation du col par l'un quelconque des procédés
nivant les indications.

urettage.

urettage et l'hystéropexie ou l'opération d'Alexander
loisonnement du vagin, voire même l'hystérectomie.
olpopérinéorrhaphie.

une de ces affections, avant de pratiquer ou après
ué les opérations précédentes chez les malades attein-
le temps, de ptoses viscérales, il y a lieu d'instituer
nt apte à diminuer ces ptoses ou à les guérir, c'est-
niner la complication qu'elles représentent.

des atteintes de ptoses viscérales sont de deux sortes :

MÉMOIRES ORIGINAUX.

1° Les déprimées du système nerveux.

2° Les neurasthéniques.

Les déprimées du système nerveux représentent un dont la maladie ou le surmenage ont épuisé les forces, mais qui la prédisposition héréditaire, la tare du dégénéré, pas, comme dans la neurasthénie.

Chez ces déprimées du système nerveux l'intervention chirurgicale hâtive n'a pas la même importance que chez les neurasthéniques ; — ces malades voient leurs ptoses viscérales nuire et disparaître, aussi bien avant l'opération qu'après l'opération, mais cependant une fois l'opération faite il ne faut pas trop compter sur la nature médicatrice pour les ramener à la santé sans traitement.

Ce qui résulte d'une longue expérience, c'est que les déprimées sans inconvénients sérieux intervenir chez une malade qui n'est pas une véritable neurasthénique mais simplement déprimée du système nerveux, c'est-à-dire une victime du surmenage par maladie ou excès de travail, à la condition de réparer, après l'opération, les ptoses viscérales et de ramener à un terme aux troubles de toute sorte qui en sont la conséquence.

Chez les neurasthéniques il n'en est pas de même, c'est-à-dire l'intervention chirurgicale, qu'il faut traiter les ptoses viscérales. L'intervention a eu lieu, sans traitement préalable, la femme neurasthénique déjà épuisée par la maladie nerveuse et la maladie utérine, verra survenir une troisième cause de surmenage par l'opération qui aussi brève et aussi bénigne qu'elle soit, ajoute un nouveau facteur d'épuisement chez un être au bout duquel la neurasthénique atteinte d'affection utérine.

Chez les déprimées du système nerveux le succès est facile, car, ces malades réagissent aisément ; sous l'influence d'un bon traitement réparateur leurs ptoses s'atténuent et disparaissent, tout à fait, en un temps relativement très court. Ces cas-là qui représentent les bons succès chez des malades à l'apparence très malades.

Chez les neurasthéniques la question change. Celles-ci représentent les vrais mauvais cas. Les indications sont moins précises, il semble qu'on puisse compter sur un bon succès rapide et sûr, et après l'intervention la situation est au mieux, sinon pire. De sorte que j'en suis arrivé à formuler

manière de voir de la façon suivante : *il ne faut pas toucher chirurgicalement aux affections utérines des neurasthéniques, même pour pratiquer l'opération la plus simple, avant d'avoir largement modifié l'épuisement nerveux et les ptoses viscérales de ces malades.*

Par quels moyens et de quelle manière faut-il traiter une malade atteinte de ptoses viscérales avant ou après l'intervention chirurgicale nécessitée par l'altération de ses organes génitaux ?

Les moyens à employer sont de deux sortes :

- Ceux qui s'adressent à l'affection utérine.
- Ceux qui s'adressent à l'épuisement nerveux et aux ptoses viscérales.

Les premiers sont représentés par les irrigations chaudes, les scarifications utérines et les pansements antiseptiques à l'ichtyol dans la glycérine à 30°, lorsqu'il y a lieu, ce qui est le cas le plus général, de diminuer le poids et le volume de l'appareil utéro-ovarien gêné dans sa circulation par les ptoses viscérales.

Si les organes sont douloureux, on adjoindra aux moyens précédents, les injections chaudes au laudanum, et les pansements à la cocaïne.

Les moyens de traitement qui s'adressent à l'épuisement nerveux et aux ptoses viscérales forment deux groupes ; dans le premier qui vise l'épuisement nerveux figurent : les frictions sèches quotidiennes sur toute la surface du corps, l'hydrothérapie, l'électricité statique, l'administration de médicaments tonocardiaques tels que la caféine et la spartéine, de médicaments nervo-musculaires, noix vomique, sels de strychnine, etc. Enfin les injections hypodermiques de sérums artificiels appropriés.

Dans le second groupe figure le massage pelvi-abdominal, d'après la méthode de Thure-Brandt et plus simplement le massage pelvi-abdominal dans la position renversée, mode de massage dont j'ai exposé les avantages et les résultats, l'année dernière, au Congrès de Caen.

Tous les moyens de traitement que je viens d'énumérer sont utiles chez les déprimées du système nerveux atteintes de ptoses viscérales, avant ou après l'intervention chirurgicale nécessitées par leur affection utérine, mais il en est quelques-uns qu'il

ne faut pas employer chez les neurasthéniques, ou alors les employer avec la plus extrême modération, tels sont les pansements à l'ichtyol glycérimé, les scarifications du col et l'hydrothérapie qui conduiraient rapidement ces malades au surmenage thérapeutique.

En résumé, il est fréquent de voir des malades atteintes d'affections utérines, atteintes en même temps, de ptoses viscérales.

Les unes, simplement déprimées du système nerveux par maladie, ou par surmenage guérissent promptement après une intervention chirurgicale à la condition, toutefois, d'améliorer ou de guérir ces ptoses, immédiatement avant ou après l'opération.

Les autres sont des neurasthéniques vraies, c'est-à-dire des dégénérées chez qui le traitement des ptoses viscérales doit précéder l'intervention chirurgicale, même la moins sérieuse.

Le traitement qu'il convient d'instituer, doit s'adresser d'une part à l'affection utérine, (irrigations à 45° ou 50°, scarifications utérines, saignées blanches à l'aide de pansements antiseptiques, à l'ichtyol dans la glycérine à 30°), tout cela dans le but de diminuer le poids et le volume de l'appareil utéro-ovarien, dont la circulation se trouve gênée par la compression qu'exercent les ptoses viscérales.

D'autre part, les moyens de traitement qui s'adressent à l'épuisement nerveux et aux ptoses viscérales forment deux groupes. Dans le premier qui vise l'épuisement nerveux figurent : les frictions sèches, l'hydrothérapie, l'électricité statique, des médicaments toni-cardiaques, des médicaments nervo-musculaires : enfin des injections hypodermiques de sérum artificiel.

Dans le second groupe qui s'adresse aux ptoses viscérales, figure le massage abdominal d'après la méthode de Thure-Brandt et plus simplement le massage pelvi-abdominal, dans la position renversée.

Le traitement qui convient aux déprimées du système nerveux, ne saurait, en entier convenir aux neurasthéniques, en effet les scarifications du col, les saignées blanches faites par l'ichtyol glycérimé, l'hydrothérapie, sont des moyens qu'il faut employer avec une grande prudence, car leur emploi peu judicieux conduit

promptement les neurasthéniques au surmenage thérapeutique.

Lorsqu'on néglige de faire chez ces malades le traitement antérieur des ptoses et de l'épuisement nerveux celles-ci perdent le bénéfice de l'intervention chirurgicale, et ce sont les nombreux succès qu'on enregistre, en pareil cas, qui tendent à jeter une sorte de discrédit sur quelques opérations d'une utilité incontestable, notamment sur l'opération du curetage.

RUSES FÉMININES ET CATHÉTÉRISME UTÉRIN ⁽¹⁾

Par le D^r VERCHÈRE (de Paris)

Chirurgien de Saint-Lazare.

Dernièrement, c'est-à-dire l'année dernière, nous avons assisté au malheureux procès qui a fait à si juste titre un bruit si considérable non seulement dans la presse médicale, d'un de nos confrères condamné pour s'être servi de tampons intravaginaux et de pinces pour les appliquer. Ce procès lamentable montre à quoi on est exposé lorsque l'on se trouve en présence des femmes se croyant ou se sachant enceintes, désirant avorter par quelque moyen que ce soit. Dans le procès que je viens de citer, la fille, origine de tout le mal, n'avait certes eu d'autre but que de se faire avorter, et elle a sans vergogne accusé le médecin qui n'était nullement responsable de ce qui était survenu en dehors de lui. Que serait-ce donc si le tribunal avait à juger des avortements inconsciemment déterminés par une exploration utérine en apparence bénigne, que les femmes la plupart du temps réclament, que l'antisepsie autorise et que le diagnostic exige parfois ?

Les femmes connaissent merveilleusement les heureux effets, suivant elles, du cathétérisme utérin dans les cas de grossesse gênante au début. Voulez-vous que je vous raconte une histoire

(1) Communication faite au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, Bordeaux 1895.

qui s'est passée il y a une dizaine d'années dans un des grands hôpitaux de Paris, dans un service de clinique chirurgicale, et où le professeur fut amené, innocemment, à pratiquer un avortement sur un utérus gros de deux mois et demi ? Vous allez voir l'accumulation de moyens apportés pour le duper. Un jeune étudiant en médecine amène au professeur une jeune malade, qui, dit-elle, est atteinte de pertes abondantes, de douleurs dans le ventre et atteinte de métrite, survenue, affirme-t-elle, depuis déjà plusieurs mois. Inutile de dire que la jeune malade était la maîtresse du jeune étudiant. On interroge la jeune malade, on prend des notes soigneusement et elle donne tous les renseignements voulus les plus détaillés, qui constituaient une observation symptomatique type de métrite hémorrhagique. — Avez-vous vos règles ? — Toujours très régulièrement. — Avez-vous eu des retards ? — Jamais. — Perdez-vous actuellement ? — J'ai attendu que mes règles soient terminées pour venir me faire soigner.

Telles sont les réponses que font toujours les malades dont je parle. A l'examen on trouve un utérus (primipare) à col conique, non ramolli (deux mois et demi) et augmenté de volume. Aucun signe de grossesse qui puisse attirer l'attention. La malade dissimule avec soin les nausées et les vomissements qu'elle a ou qu'elle a pu avoir, et l'examen au spéculum pratiqué ne révèle aucun signe qui puisse faire croire à une grossesse. L'air de candeur et de vérité avec lequel la jeune malade donne tout le tableau de la métrite fongueuse, ne semble pas permettre le doute, et pour vérifier l'état de l'endomètre, pour vérifier s'il n'existe pas quelque polype cause des métrorrhagies indiquées, pour constater la profondeur de la cavité utérine, le professeur fait le cathétérisme avec l'hystéromètre rigide. On constate une augmentation de longueur, le diagnostic se vérifiait : endométrite fongueuse avec gros utérus. Le cathétérisme fut fait à plusieurs reprises sans amener de modification dans l'état de la malade. Les fœtus sont parfois plus résistants qu'on ne le croit et on était à cent lieues de penser à une grossesse. La dilatation fut pratiquée et sous le chloroforme on fit le curettage. La curette ramena un fœtus de deux mois et demi. Je n'ai pas à dépeindre la surprise et la fureur du professeur, ni à indiquer la décision qu'il prit vis-à-vis de l'étudiant en médecine qui, tranquillement, avait

appris à sa jeune maîtresse la réponse qu'elle devait faire pour entraîner l'erreur de diagnostic qui devait déterminer le professeur à lui pratiquer sans danger un avortement désiré.

Le procédé est souvent moins bien combiné, mais les femmes d'elles-mêmes savent parfaitement trouver les réponses qui doivent entraîner un chirurgien à pratiquer le cathétérisme ; les choses se passent généralement de la façon suivante. Une dame mariée souvent, ayant eu antérieurement de la métrite, ayant déjà été soignée pour cette métrite, se trouve enceinte et veut avorter. Elle sait que l'on fait le cathétérisme utérin, elle connaît même les gynécologues qui toujours, pour affirmer leur diagnostic, pratiquent le cathétérisme utérin, sur la simple affirmation que les règles n'ont eu aucun retard et viennent de cesser.

J'ai vu une dame m'affirmer avoir vu deux jours avant moi un gynécologue distingué qui, disait-elle, avait eu besoin de la cathétériser pour constater la longueur de sa cavité utérine, qu'il avait diagnostiqué une métrite, mais qu'elle désirait que je vérifie le diagnostic, pour savoir si elle devait se soumettre au curetage. Je ne sais pourquoi, je me méfiai et me contentai de l'examiner par le toucher et la palpation. Elle me rappela à la nécessité du cathétérisme. Je lui dis que je le considérais comme inutile et elle s'en fut désappointée. J'ai appris qu'elle était enceinte et que la visite faite antérieurement au gynécologue n'était qu'un procédé pour se rassurer sur les effets possibles d'un cathétérisme qu'elle désirait.

Le Dr Nitot auquel je parlai de ces faits me raconta le suivant : Une mère et sa fille viennent le trouver. La mère explique que sa fille souffre du bas-ventre, qu'elle a des pertes blanches, que les règles sont très abondantes, etc. Rien ne semblait devoir être en rapport avec une grossesse probable, d'après les dires de la mère qui réclame un examen de sa fille si souffrante et si intéressante. Le Dr Nitot pratique un examen discret, par le toucher qui ne présente pas une grande résistance, et constate un utérus un peu plus gros que normalement ; au spéculum qui fut appliqué avec prudence on ne trouvait qu'un col congestionné, un peu plus rouge, un peu plus violet, mais rien qui pût expliquer le tableau complet d'une métrite présentée par la mère éplorée.

Aussi, se contentait-il de dire qu'il voyait peu de gravité dans cet état, lorsque la mère lui fit remarquer que l'examen n'était

pas complet, qu'il n'était pas possible qu'il n'y eût rien, qu'elle avait eu autrefois de la métrite, qu'elle savait ce qu'il en était et que, pour la soigner, on avait toujours pratiqué le cathétérisme. Cette insistance même ouvrit les yeux du Dr Nitot qui n'hésita plus à refuser toute explication plus complète et à diagnostiquer : grossesse avec tentative maternelle d'avortement médical.

Avant d'en terminer avec ces exemples qui pourraient se multiplier à l'infini, laissez-moi encore vous dire une histoire peut-être un peu en dehors du sujet, mais qui montre bien quelle duplicité peut présenter la femme qui veut avorter : Un jour, il y a peu de temps, vient dans mon cabinet, amenée par sa mère, une jeune femme mariée, que je connaissais, que j'avais accouchée il y a cinq ou six ans et qui me pose à brûle-pourpoint la question suivante : La bicyclette peut-elle avoir des inconvénients quand on est enceinte ? Car je suis enceinte de deux mois et je *commence par vous dire que je suis tout à fait décidée à continuer à en faire, quelle que soit votre réponse.* Ceci dit avec un petit air de bravade, qui me fit de suite réfléchir ; j'interrogeai d'abord ma patiente sur sa grossesse, sur les phénomènes qui lui faisaient croire qu'elle était enceinte, sur l'inutilité de venir me demander un conseil au sujet de la bicyclette, puisqu'elle était décidée à n'en tenir aucun compte ; elle me répondit à ce propos que c'était son mari qui lui avait conseillé de venir me consulter à cet égard, parce qu'il redoutait un accident, mais qu'elle-même aimerait mieux un accident que de cesser ce sport qui la charmait. Ma religion était éclairée. La machination était limpide. Faire de la bicyclette, trouver un procédé pour obtenir un avortement, et rentrer un jour chez soi avec une hémorrhagie, une fausse-couche en disant que la bicyclette était la cause de cet avortement provoqué. Le Dr Verchère qui me l'avait défendu, m'avait bien prévenue. Hélas ! je n'ai pas su résister à la tentation, j'en ai fait malgré tout et le résultat est celui qui avait été annoncé par lui, une fausse-couche.

Tout s'expliquait clairement et nul ne pouvait soupçonner la manœuvre criminelle qui avait été faite, la bicyclette pouvait tout porter. Malheureusement pour ce petit programme, je ne me laissai pas prendre. Et après avoir su que cette bicycliste fervente ne faisait chaque jour qu'une heure de machine, sur une

piste de vélodrome, je lui dis très posément et très tranquillement que je ne voyais aucun inconvénient à ce qu'elle continuât à en faire, que jamais la bicyclette n'avait amené d'avortement, et que si elle faisait une fausse-couche, je ne croirais pas et qu'elle ne pourrait faire croire à personne que la bicyclette en était l'origine.

Elle partit fort désappointée, et a dû trouver quelque autre prétexte pour expliquer une fausse-couche, que certainement elle trouvera un moyen de provoquer.

Cette courte histoire nous montre à quel point peuvent être poussées les ruses de la femme pour rendre plausible un avortement qu'elle demande et qu'elle fait souvent pratiquer.

Il faut se défier et je le répète depuis de longues années, le cathétérisme utérin pratiqué inconsidérément a certainement provoqué plus d'avortements qu'il n'a donné de renseignements utiles au diagnostic.

En effet, que peut-il donner ? La profondeur de la cavité utérine et l'existence dans son intérieur d'une tumeur qui vient la remplir, et c'est tout.

Pour connaître la profondeur de la cavité utérine, est-il bien nécessaire d'avoir recours à l'introduction d'une tige rigide dans son intérieur ? Le toucher aidé du palper renseignera dans la plupart des cas, sinon dans tous, beaucoup plus exactement, et ce n'est pas une erreur d'un centimètre (la plus grosse que l'on puisse faire) qui pourra influencer sur la détermination thérapeutique à prendre et sur le mode opératoire à choisir. Est-ce le cathétérisme qui nous donnera des notions exactes sur la situation ou la forme de l'utérus ? On connaît tous les hystéromètres plus ou moins coudés, plus ou moins brisés, qui permettent soi-disant de reconnaître une antéversion, une rétroversion, une antéflexion, une rétroflexion, et qui n'ont jamais démontré quoi que ce soit. Le doigt et la main, le toucher et le palper, si l'on sait les pratiquer, si l'on a quelque expérience vous rendront beaucoup mieux compte de la forme et de la situation d'un utérus que le cathéter le plus compliqué et le plus ingénieux.

Pourra-t-il trouver son utilité dans les allongements du col ? Je ne le crois pas, car il ne donnera pas plus que le toucher et le palper. Il indiquera la longueur totale de l'utérus entier, mais non la longueur comparative du col et du corps, c'est-à-dire

qu'il n'éclairera pas plus l'observateur que le palper et le toucher. Est-ce qu'il peut quelque chose pour nous renseigner sur l'état de la muqueuse utérine dans l'endométrite ? Nullement. Pour toutes les affections de l'utérus, son inutilité est flagrante, et il ne donne aucun renseignement qui soit de valeur à compenser les dangers qu'il fait courir. En sera-t-il de même dans les cas où il existe une tumeur soit utérine, soit péri-utérine ?

La tumeur utérine, qui peut indiquer le cathétérisme utérin est le polype intra-utérin ; dans ces cas il peut donner quelques renseignements ; mais ceux-ci n'ont d'importance qu'au point de vue opératoire ; c'est sous le chloroforme, c'est pendant l'acte opératoire qu'il est nécessaire de les obtenir, et dans ces cas je crois que la prudence exige toujours d'avoir soumis la malade à une observation assez prolongée pour que toute supposition de grossesse puisse être écartée ; c'est donc moins un véritable cathétérisme utérin qu'une intervention intra-utérine après dilatation que l'on devra pratiquer.

Si la tumeur présente un siège douteux, s'il est permis d'hésiter sur sa situation ; a-t-on affaire par exemple à un corps fibreux utérin ou à une salpingite ? Cet exemple paraît difficile à réaliser : il n'en est rien. Cette difficulté se présente souvent. A quoi sert encore le cathéter ? A montrer une cavité utérine augmentée dans le corps fibreux et de capacité normale dans la salpingite. Cela est vrai, mais quelle sera l'utilité de cette reconnaissance ? La détermination opératoire en sera-t-elle modifiée et ce seul signe permettra-t-il de lever tous les doutes et d'affirmer un diagnostic sans lui douteux et difficile ?

Le cathétérisme utérin, s'il est devenu une manœuvre sans danger au point de vue de l'infection, s'est beaucoup trop acclimaté dans nos mœurs gynécologiques. On le fait toujours, à tout propos, avec ou sans raison, peu importe. Le résultat est que les femmes le savent et amènent souvent sciemment le médecin à provoquer un avortement dont il est innocent, et qu'il ne sait même pas très souvent avoir commis.

Si le cathétérisme utérin, dans de très rares exceptions peut paraître indispensable, il ne faut le pratiquer qu'après avoir à plusieurs reprises examiné la malade et vérifié *soi-même* l'existence des règles. C'est dans les quatre ou cinq jours qui suivent les règles qu'on peut être autorisé à le pratiquer, et, *seulement*

dans ces conditions, on peut se mettre à l'abri des dangers que cette petite opération, en apparence bénigne, peut faire courir non seulement à l'embryon, mais encore au médecin lui-même.

Le cathétérisme utérin a produit plus d'avortements inconnus et méconnus qu'il n'a donné de renseignements utiles, aussi je ne saurais trop m'élever contre l'abus que l'on en fait actuellement et serais très heureux de le voir reléguer par les médecins prudents au nombre des explorations inutiles et dangereuses, et par suite exceptionnelles.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS DE MÉDECINE DE BORDEAUX

Des eschares sacrées à la suite de l'hystérectomie vaginale.

M. LEGUEU (Paris). — Sur une série de quinze hystérectomies vaginales, j'ai observé deux fois des eschares sacrées. Une de mes malades était atteinte d'une suppuration pelvienne bilatérale, consécutive à un accouchement remontant à dix-huit mois. L'opération fut particulièrement difficile. L'utérus était solidement enclavé, il était insaisissable. Je ne pus l'extraire que par morcellement et il me fut impossible, malgré tout le désir que j'en avais, d'extirper les annexes ; je me bornai à ouvrir quelques poches, non sans avoir auparavant fait des efforts infructueux pour décoller et abaisser les annexes. Quatre jours après apparaissait au sacrum une eschare de la largeur d'une pièce de cinq francs, qui s'étendit encore et laissa à sa place une large plaie. Malgré le retard nécessité par la cicatrisation de cette plaie, la malade guérit.

Une autre malade, opérée par l'hystérectomie vaginale d'un fibrome, fut atteinte aussi d'une eschare sacrée. L'opération fut assez laborieuse ; le fibrome remontait à deux doigts au-dessus de l'ombilic, et il y avait en outre une masse du côté droit qui ne voulait pas descendre. L'opération dura une heure et demie. Trois jours après apparaissait au niveau du sacrum, une eschare qui s'étendit jusqu'à acquérir les dimensions de la paume de la main et plus. Un phlegmon se développa dans la fesse à la suite et sous

l'influence sans doute de cette eschare. Malgré cela, la guérison survint.

Le pronostic de cette complication n'est donc pas grave.

L'affection pour laquelle est faite l'opération n'a aucune influence sur cette complication.

La compression ne joue également aucun rôle ; c'est l'influence trophique qu'il faut rattacher à l'apparition de ces escars.

Ils se développent surtout à la suite des opérations labiales qui nécessitent des manœuvres pénibles, au cours desquelles les nerfs sont tirillés et irrités, et le trouble trophique qui s'ensuit se caractérise par une eschare.

CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE DE BORDEAUX

Août 1895.

SECTION D'OBSTÉTRIQUE

Symphyséorrhaphie.

M. BINAUD (Bordeaux). — J'ai eu à soigner une femme chez laquelle les pubis après la section symphysienne ne purent se coaptés. Quelque temps après, j'ai opéré cette malade et j'ai interposé entre les deux pubis, une esquille fibro-cartilagineuse, qui empêchait certainement la réunion. Le corps de l'esquille enlevé, les sections du pubis furent avivées et suturées. L'état a été excellent.

M. OUR (Bordeaux). — Je veux faire remarquer que dans des cas de lésions très graves de la symphyse, fongosité, suppuration avec fistule persistante, les résultats de l'opération faite par M. Binaud ont été parfaits. J'ai récemment revu cette femme, sa marche est très bonne. La femme est redevenue enceinte, mais elle-même a provoqué l'accouchement prématuré et l'enfant est mort.

M. TARNIER (Paris). — Après une symphyséotomie, la coaptation commence à se ressouder, les adhérences de la symphyse doivent pouvoir se rompre avec une grande facilité. Cela prouve bien la nécessité des appareils contentifs.

Traitement des vomissements incoercibles des premiers mois de la grossesse par le curettage.

M. AUDEBERT (Bordeaux). — Dans certains cas de vomissements incoercibles, devant l'insuccès complet de tous les moyens thérapeutiques, l'accoucheur, par la force des choses, peut être amené à provoquer l'avortement. Il a à choisir entre un nombre considérable de méthodes, mais presque toutes sont passibles des mêmes reproches : basées sur la mise en action de la contractilité utérine, elles échouent quand l'utérus est peu irritable ; leur action est peu sûre, peu efficace, souvent aussi très lente.

Enfin, elles exposent à la rétention placentaire avec ses complications hémorragiques et infectieuses. Parfois même la rétention s'aggraverait du fait de la persistance des vomissements qui ne cesseraient qu'après l'évacuation complète de l'utérus. Récemment j'ai dû curetter une femme chez laquelle les vomissements qui avaient persisté malgré la mort et l'expulsion du fœtus cessèrent immédiatement après l'opération. Pour ces raisons : lenteur, inefficacité, possibilité d'amener la rétention placentaire avec ses conséquences, il me semble qu'il y aurait un intérêt majeur à débarrasser en un seul temps l'utérus de son contenu. On peut faire cette évacuation avec le doigt, mais l'observation de Marduel ne me paraît pas encourageante et, pour ma part, je conseillerais de recourir au curettage instrumental précédé de la dilatation avec les tiges de Hégar.

A ce dernier procédé je reconnais les avantages suivants : action rapide et certaine ; évacuation totale de l'utérus et suppression des troubles réflexes (vomissements) ; hémorragie réduite à son minimum ; innocuité en des mains prudentes et aseptiques.

Et je propose son emploi toutes les fois qu'on voudra provoquer rapidement l'avortement artificiel, en insistant sur ses indications précises et sa valeur toute particulière dans les vomissements incoercibles des premiers mois de la grossesse.

Étiologie et traitement des vomissements incoercibles de la grossesse.

M. F. LA TORRE (Rome). — On doit considérer comme vomissements incoercibles de la grossesse ceux qui sont exclusivement liés à la grossesse même.

Les vomissements incoercibles gravidiques reconnaissent pour cause une lésion complexe du col utérin dépendant de l'état gravidique et caractérisée par un état congestif avec stase veineuse, œdème, compression des nerfs du col, exagération des propriétés musculaires ; l'altération du col devient par conséquent le point de départ des réflexes et des vomissements. Le traitement rationnel doit avoir pour but le repos absolu de l'estomac ; dont il faut nourrir les malades par la voie rectale et soigner la lésion du col.

Au commencement de la maladie, ce qui m'a bien réussi dans trois cas, c'est le glycérolat d'ichthyol porté contre le col au moyen de tampons.

Quand la maladie a beaucoup progressé, l'obstacle à la libre circulation résidant dans la contraction des fibres musculaires du col et ne pouvant être éloigné par de simples pansements, il faut avoir recours à la dilatation mécanique.

Si les vomissements sont arrivés à leur troisième période, je crois qu'il ne reste plus rien à faire.

Comme traitement adjuvant du col, les calmants sur la colonne vertébrale peuvent être utiles. Le traitement médical, général ou local, doit venir en aide au traitement local utérin et non *vice versa*, comme l'on a fait jusqu'à présent.

L'ictère grave chez la femme enceinte.

M. DEMELIN (Paris). — J'en ai observé trois cas qui ont présenté les particularités suivantes :

Obs. I. — Ictère durant dix jours avant l'apparition des phénomènes nerveux ; pas d'hémorragies externes ; pas d'albuminurie, intégrité des urines à part la présence des pigments biliaires ; hypothermie. Mort après avortement provoqué (grossesse de cinq mois) et à la suite de phénomènes nerveux divers.

Obs. II. — Longue durée (plusieurs mois) de l'ictère avant l'apparition de tout autre symptôme. Hémorragies multiples et répétées ; absence d'albuminurie ; état normal des urines à part la présence des pigments biliaires ; mort après l'accouchement spontané à huit mois et mettant fin à une période d'accidents nerveux variés.

Obs. III. — Période prodromique faisant croire à de l'éclampsie menaçante ; courte durée de l'ictère (quatre jours en tout) ; hé-

par diverses voies ayant débuté avant la jaunisse, puis les urines d'albumine, puis de sang pur et de pigment rapidité de l'évolution morbide et de l'accouchement. l'enfant et de la mère.

troisième malade a guéri, c'est que la durée des accidents est courte et que les phénomènes nerveux ont presque entièrement manqué : la maladie n'a pas évolué jusqu'à cette période toujours si grave et qui a, du reste, été mortelle pour les autres malades ; les deux femmes ont eu d'ailleurs de beaucoup plus longtemps que la dernière.

Il est important à relever, c'est l'absence d'albuminurie et la conservation relative des urines dans les deux cas mortels, tandis que dans le troisième, dont l'issue a été heureuse, les urines ont été abondantes en quantité et en qualité.

Les indications thérapeutiques sont, à part les reconstituants et toniques, la saignée et l'évacuation de l'utérus aussi précoce que possible. Ce qui fait l'insuccès habituel de l'intervention chirurgicale c'est qu'elle arrive trop tard au moment où la période fatale a déjà commencé.

ligature du cordon ombilical. Nouveau procédé.

BUDIN. — Lorsque le cordon est gras la gélatine de Wharton, en se desséchant, laisse un espace libre entre le fil qui fait la ligature et les vaisseaux ombilicaux ; des hémorrhagies peuvent en être la conséquence. Pour éviter cet inconvénient, on a recours au mode de ligature suivant :

On fait d'abord une ligature circulaire bien serrée, puis on coupe le cordon à un centimètre au delà de la ligature.

On sépare les deux chefs du fil, et on fait, en les ramenant à la même face de section de la tige funiculaire, une seconde ligature perpendiculaire à la première. Les vaisseaux du cordon se trouvent ainsi séparés, deux sont d'un côté, le troisième est de l'autre.

On termine en faisant successivement, avec les deux chefs du même fil, la ligature de chacune de ces moitiés du cordon.

Les vaisseaux passant au milieu de la gélatine de Wharton les uns sur les autres sont forcément comprimés et on ne voit jamais d'hémorrhagie secondaire se produire.

M. DUPRAT. — Quand le cordon est très gras, j'ai l'habitude de laisser le cordon plus long et de le replier sur lui-même, de façon à faire une double ligature, sur chaque branche de l'anse de cordon ainsi formée, puis une troisième ligature englobant les deux branches.

M. LEFOUR (Bordeaux). — J'emploie des anneaux de caoutchouc qui tiennent toujours bien si on a la précaution de faire d'abord une première ligature au fil ordinaire rigide.

M. BUDIN. — Je ne suis pas l'ennemi des ligatures en caoutchouc ; mais on n'en a pas toujours sous la main, et par mon procédé, avec un simple fil, on a toute la sécurité que donnent les ligatures élastiques.

Phlegmon du ligament large pendant la grossesse.

M. GUI (Bordeaux). — J'ai observé pendant une grossesse un cas de phlegmon du ligament large qui devait être rattaché à une infection puerpérale antérieure. J'incisai et drainai cette collection purulente. Les suites opératoires furent parfaites jusqu'au douzième jour ; l'état de la mère était excellent ainsi que les battements du cœur de l'enfant. Au douzième jour, le drain ayant été retiré, la femme eut un accès fébrile, à la suite duquel l'avortement se produisit.

A mon avis, l'avortement ne doit pas être mis sur le compte de l'opération ni sur le compte du drainage. Je regrette, au contraire, d'avoir supprimé le drainage trop tôt. C'est la fièvre, due à la rétention du pus, qui a déterminé l'avortement.

Traitement de la septicémie puerpérale.

M. VERCHÈRE (Paris). — La septicémie puerpérale peut être regardée comme l'analogue de la septicémie chirurgicale telle que nous la voyions autrefois.

Il faut distinguer trois formes : une forme bénigne, légère, analogue à la fièvre traumatique et que l'on considérerait comme une *fièvre de lait* ; une forme très grave, la septicémie puerpérale proprement dite ; et une forme à pronostic moins fatalement mortel, l'infection puerpérale, la septicémie puerpérale à foyers multiples analogues l'une à la septicémie chirurgicale aiguë, l'autre à l'infection purulente.

Toutes ces formes reconnaissent pour point de départ l'infec-

tion de l'utérus. C'est donc par l'antisepsie utérine que l'on arrivera à faire disparaître la septicémie puerpérale comme la septicémie chirurgicale a disparu par l'antisepsie des plaies. Traiter les accouchées comme on traite les opérées : telle est la règle de conduite que l'on doit suivre.

Aussi, je conseille non seulement l'antisepsie préobstétricale et l'antisepsie pendant l'accouchement mais encore un véritable pansement rare, mais constant après l'accouchement. La délivrance terminée, lavages avec solution de sublimé à 1‰, puis application intravaginale d'un tampon de gaze iodoformée qu'on laisse vingt-quatre heures. Nouveau pansement le deuxième jour, renouvelé seulement le sixième et le onzième. En tout quatre pansements. Par suite, économie de temps pour l'accoucheur et sécurité amenée par l'absence des soins nécessaires donnés par des mains étrangères et par suite toujours dangereuses.

Si l'infection utérine s'est produite, il faudra, dès le début, faire la désinfection intra-utérine aussi complète que possible dans les deux formes de septicémie. Cette désinfection sera faite soit par le simple lavage intra-utérin, soit associé au curettage s'il est nécessaire.

Enfin, le pronostic de la septicémie à foyers multiples suppurés, analogues à l'ancienne infection purulente, est moins fatalement mortel. Il faut dans cette forme poursuivre les foyers, les ouvrir largement, quelque nombreux qu'ils puissent être, quelle que soit leur localisation.

Sur un cas de streptococcie survenue au huitième mois de la grossesse.

MM. BAR et RENON (Paris). — Une femme est entrée à l'hôpital Saint-Louis avec une fièvre intense ; elle était enceinte de huit mois environ et avait quelques contractions utérines.

On put recueillir des secreta cervicaux avant toute intervention alors que les membranes étaient intactes. Les cultures montrèrent que ces secreta contenaient du streptocoque pur.

Vu le grave état de la malade on précipita la marche du travail.

On cultiva du sang placentaire maternel, des colonies pures de streptocoques se développèrent.

L'enfant avait succombé peu de temps avant la terminaison du travail.

On cultiva de son sang (pris au niveau du placenta, du foie, du cœur) ; des fragments de ses viscères, foie et poumon. Les cultures restèrent stériles.

La malade succomba cinquante-trois heures après l'accouchement malgré des injections de sérum de Marmorek et on trouva du pus dans le parametrium.

Dans ce fait, la streptococcie paraît avoir provoqué le travail ; si le fœtus a succombé, il ne semble pas que les streptocoques aient franchi le placenta et envahi l'organisme fœtal.

Rotation interne de la tête et circulaires du cordon.

M. LÉFOUR (Bordeaux). — Les circulaires du cordon autour du col du fœtus peuvent, on le sait, quand ils sont trop serrés, amener la mort de l'enfant par gêne de la circulation fœtale et de la circulation funiculaire. Sous quelle influence les circulaires ont-ils à se serrer suffisamment pour amener ce résultat ? Pendant la grossesse, c'est sous l'influence des mouvements fœtaux. Pendant le travail les mouvements passifs imprimés au fœtus par la force expulsive utérine peuvent aussi aboutir au même effet. Je désire surtout attirer l'attention sur l'influence, à ce point de vue, du mouvement de rotation interne exécuté par la tête fœtale quand elle quitte l'orientation oblique pour se placer dans le diamètre pubio-sacré.

Supposons un circulaire déjà serré. Quand la tête commence son mouvement de rotation interne, suivant le sens de cette rotation et le sens d'enroulement du circulaire, ou bien celui-ci se desserre, ou bien il se resserre.

Ce dernier cas seul nous intéresse ; ce resserrement du cordon a d'abord l'effet connu de gêner la circulation fœtale au point quelquefois de pouvoir amener la mort du fœtus ; en outre, lorsque le cordon se trouve ainsi tendu, le mouvement interne de la tête, surtout dans les positions postérieures, ne s'effectue qu'avec une grande difficulté, puisqu'il a à lutter contre la tension du cordon. Il en résulte que dans ces cas on est souvent amené à compléter à l'aide du forceps le mouvement de rotation de la tête. Mais si, avec le forceps, on a une grande force pour compléter ce mouvement, d'autre part, on risque d'interrompre totalement la circulation funiculaire en exagérant la tension du cordon.

J'ai pourtant amené vivant un enfant extrait par le forceps

dans ces conditions ; il était en état de mort apparente et ne put être ranimé qu'au bout d'une heure et demie. Il a succombé le lendemain.

SECTION DE GYNÉCOLOGIE

Tumeur complexe de l'ovaire droit. Kyste dermoïde et endothéliome.

MM. LANNELONGUE et CH. FAGUET (Bordeaux). — Chez une malade atteinte d'une tumeur complexe de l'ovaire droit, l'examen anatomo-pathologique nous montra qu'il s'agissait, dans ce cas particulier, d'un néoplasme constitué à la fois par un kyste dermoïde et un endothéliome.

C'est là une variété de tumeur rarement observée et décrite pour la première fois par Eckardt et Pomorski, qui l'appelèrent *endothéliome*, en raison de son origine : endothélium soit des fentes ou des capillaires lymphatiques, soit des vaisseaux capillaires sanguins.

L'évolution de ces néoplasmes est le plus souvent maligne et l'intervention chirurgicale doit être aussi précoce que possible.

Tumeur dermoïde du cul-de-sac de Douglas.

M. BARETTE (Caen). — Une jeune fille de seize ans présente en juin 1892 tous les symptômes physiques et fonctionnels d'une hématocele rétro-utérine. Pendant six mois, la tumeur du cul-de-sac postérieur diminue progressivement. En janvier 1893, elle présente des phénomènes inflammatoires graves et on incise dans le cul-de-sac postérieur du vagin une vaste collection purulente. Pendant toute l'année, lavages de la cavité drainée qui reste fistuleuse. Un an après, la fistule est incisée largement et on peut pratiquer l'extirpation de masses de cheveux et enfin d'un fragment osseux d'apparence dentaire, implanté dans une sorte de poche dermoïde, portant de nombreux poils à sa surface interne.

M. LE DENTU (Paris). — J'ai soigné une malade qui avait présenté des symptômes absolument semblables à ceux de la malade de M. Barrette. Fluctuation dans le cul-de-sac de Douglas, incision, sortie d'un flot de pus, fistule persistante.

Un jour, la cause de cette persistance me fut donnée : une superbe mèche de cheveux blonds se présenta par la fistule, et je

pus l'extraire par le vagin. Le diagnostic de kyste dermoïde s'imposait ; mais comme il me semblait volumineux, au lieu d'opérer par le vagin, je fis la laparotomie. Bien m'en prit, car il existait non pas un, mais deux kystes dermoïdes, un dans chaque ovaire, et je pus les enlever par la laparotomie.

L'un des kystes avait suppuré à la suite d'une otite purulente contractée par la malade.

M. LEFOUR (Bordeaux). — J'ai opéré des cas semblables par la laparotomie, mais la suppuration avait tellement épuisé les malades qu'elles sont mortes malgré l'opération. Le pus était d'une fétidité repoussante.

M. LAROYENNE (Lyon). — Il faut se garder d'ouvrir par le vagin des kystes dermoïdes suppurés, sous peine d'avoir des suppurations intarissables.

M. TÉDENAT (Montpellier). — J'ai observé un cas de suppuration de kyste dermoïde curieux par l'origine de la suppuration. Le kyste était adhérent à l'appendice iléo-cœcal, lequel était obturé et transformé en une poche pleine de pus.

Hernie inguinale de l'ovaire droit ; castration unilatérale ; guérison.

M. DE NAZARIS (Agen). — Une malade m'est adressée pour une tumeur inguinale d'apparence liquide, qui est périodiquement le siège de douleurs extrêmement violentes.

En 1882, à la suite d'une violente quinte de toux, apparition d'une petite tumeur du volume d'une petite noix, au niveau de l'orifice inguinal externe. Tumeur solide, mobile, peu sensible à la pression et irréductible. Quinze jours après, la tumeur avait les proportions d'un œuf. Le taxis est essayé sans succès. Le repos au lit, des cataplasmes amenèrent la réduction spontanée de la tumeur. Dès que la malade se lève réapparition de la tumeur. Deux ou trois mois après, douleur spontanée et constante à son niveau avec exagération douloureuse au moment des règles. Il y a deux ans, en 1893, la malade est prise de vomissements, la tumeur passe brusquement du volume d'un œuf à celui d'une orange et devient dure comme une pierre. Etat syncopal et vomissements durant vingt-quatre heures. Le lendemain, la tumeur devient molasse, fluctuante et la crise cesse. Deux mois d'accalmie, et, depuis cette époque, tous les quinze jours la tumeur de-

vient spontanément extrêmement dure, et les phénomènes douloureux avec vomissements réapparaissent.

Incision d'une poche à paroi mince, renfermant 200 grammes de liquide citrin, et au fond du sac, ovaire et trompe herniés, adhérents au niveau de l'orifice inguinal externe; isolement de ces parties et ablation totale. Décortication de la poche, cure radicale; plus de douleur ni de vomissements depuis l'intervention.

Il est à remarquer que la malade n'est plus réglée depuis quatre ans et c'est précisément depuis cette époque que les douleurs sont plus violentes et reviennent périodiquement tous les quinze jours, contrairement à ce qui est signalé dans les observations de hernies de l'ovaire publiées par les auteurs.

Polype et inversion utérine totale.

M. VERCHÈRE (Paris). — Lorsque l'on se trouve en présence d'une inversion irréductible, c'est-à-dire pour laquelle, sous le chloroforme, on aura tenté tous les moyens de réduction connus, lorsqu'il sera bien démontré que l'on doit avoir recours à une amputation de l'utérus, il faut, sans hésiter, laisser de côté les amputations partielles de l'utérus et recourir d'emblée à l'hystérectomie vaginale totale. Celle-ci permet d'enlever les trompes et les ovaires, ne laisse aucun moignon, qui puisse donner des complications; enfin elle est d'une bénignité et d'une facilité inexprimables.

J'ajouterai qu'au point de vue opératoire il faut se délier du décollement exagéré du péritoine en avant, non que l'on doive craindre d'entraîner la vessie, mais qui peut induire en erreur et faire hésiter quelque temps. Aussi je conseillerai, dans les cas où l'inversion utérine est diagnostiquée avec certitude, d'inciser directement en arrière sur la ligne médiane le cul-de-sac postérieur, puis en introduisant un doigt qui vient se coiffer en avant du cul-de-sac antérieur, d'inciser verticalement le col et le cul-de-sac antérieur, de façon à ce que l'utérus ne tienne plus que par les culs-de-sac latéraux et le faisceau des ligaments intra-péritonéaux. A ce moment il sera possible de tenter la réduction problématique.

Si celle-ci ne réussit pas il deviendra facile de continuer l'hystérectomie, de séparer le faisceau des ligaments en deux demi-faisceaux, de porter l'un à droite, l'autre à gauche, d'abaisser

avec un doigt l'ovaire et la trompe de chaque côté, et de saisir au-dessus ces organes, avec deux pinces placées d'avant en arrière, qui assureront l'hémostase et seront laissées en place.

Il serait tout aussi facile de faire des ligatures, les parties à lier se trouvant en faisceaux très grêles sous les doigts et les yeux de l'opérateur.

Hystérectomie abdominale supra-vaginale pour fibromyomes de l'utérus. Traitement rétro-péritonéal du pédicule.

MM. LANNELONGUE et CH. FAGUET (Bordeaux). — Nous employons dans le traitement chirurgical des fibro-myomes de l'utérus l'hystérectomie abdominale supra-vaginale avec traitement rétro-péritonéal du pédicule. Ce procédé nous paraît mieux que tout autre applicable dans la plupart des cas, même lorsqu'il y a enclavement de la tumeur dans l'excavation pelvienne et nous semble atteindre le double but que recherchent les chirurgiens : 1° il assure l'hémostase d'une façon complète ; 2° il isole le pédicule de la cavité péritonéale qui se trouve ainsi protégée contre les infections susceptibles de provenir du vagin, quelquefois même malgré les précautions antiseptiques les plus rigoureuses. Nous avons employé cette méthode dans *quatorze* cas ; nous comptons *douze* guérisons, *deux* décès. Le premier décès doit être attribué aux nombreuses conditions défavorables dans lesquels se trouvait la malade au moment de l'acte chirurgical (volumineuse hernie ombilicale, irréductible et douloureuse chez une femme âgée, intertrigo de la paroi abdominale, emphysème pulmonaire, myocardite) ; le second à des accidents urémiques.

Hystérectomie abdominale totale.

M. GOULLIoud (Lyon). — J'ai une série de cinq cas heureux d'hystérectomie abdominale avec suppression du pédicule.

Le procédé employé, dans les trois derniers cas, se rapproche beaucoup des procédés connus d'hystérectomie abdominale totale, de ceux de Edehohls et de Delagénère, par exemple, sans leur être identique.

L'idée directrice est de chercher à faire quatre pédicules vasculaires sur les artères utéro-ovariennes et utérines, plutôt que des ligatures échelonnées sur toute la hauteur du ligament large.

Ces pédicules sont faits par décollement avec le doigt ; ceux des utéro-ovariennes, immédiatement après la laparotomie ; ceux des artères utérines après la taille et le décollement d'une large collerette péritonéale. Après section du vagin autour du col et ablation de la tumeur, on lie avec transfixion ces pédicules provisoirement pris avec une pince-longue. On a une sécurité absolue pour l'hémostase.

Le second objectif poursuivi est de fermer complètement la plaie de la laparotomie, sans drainage abdominal, et de recourir au drainage vaginal pour une grosse mèche de gaze iodoformée.

Ce procédé supprime toute instrumentation spéciale, les sutures péritonéo-vaginales, la ligature élastique, qui n'est appliquée qu'en cas de sécrétion utérine abondante, pour éviter tout écoulement lors de l'ablation de l'utérus par l'abdomen.

De l'hystérectomie totale abdominale.

M. PESTALOTTA (Florence). — L'indication essentielle la plus ordinaire de cette opération est fournie par les fibromes utérins.

J'y ai eu recours dix-sept fois avec treize guérisons. Cette méthode opératoire va peu à peu se substituer aux procédés de traitement intra et extrapéritonéal du moignon. Une autre indication est fournie par les cancers de l'utérus ; j'ai opéré quatre fois avec succès par l'ancienne méthode de Freund, qui est sans doute préférable pour les cancers du corps, et, peut-être, dans certains cas de cancer du col ; elle garantit mieux une complète ablation des ligaments larges tout en exposant à une plus facile inoculation du péritoine et de la brèche abdominale.

Les indications complémentaires sont :

1° Collections tubaires purulentes volumineuses bilatérales : quand on a extirpé les annexes, il y a tout avantage à supprimer l'utérus saignant, organe désormais inutile ; je compte sept cas de ce genre : un seul cas de mort, où il y avait une fistule ancienne tubo-intestinale, qui ne put être suffisamment réparée ;

2° Tumeurs malignes bilatérales des ovaires (sarcomes, endothéliomes, épithéliomes), où l'ablation de l'utérus diminue les craintes d'une récurrence si fréquente dans ces cas (un seul cas) ;

3° Fibromes du segment inférieur enclavé imposant l'opération césarienne. J'ai opéré un cas avec succès pour la mère et l'enfant ;

c'est le deuxième cas de ce genre à ma connaissance, le premier a été opéré par Fritsch, et la femme mourut.

Il a été conseillé même d'étendre cette indication à tous les cas où l'opération de Porro est indiquée ;

4° Opérations pour grossesse extra-utérine. Pour ces cas, très rares à la vérité, où l'hémostase est extrêmement difficile, comme dans la grossesse près du terme, j'ai opéré deux fois dans ce sens et avec succès ; une fois pour grossesses intra et extra-utérine simultanées, une fois dans un cas de laparotomie primaire pour grossesse extra-utérine à terme.

M. REVERDIN (Genève). — Grâce aux tractions *continues*, il est possible d'opérer très vite et d'arriver très aisément sur le col utérin. En effet, les tractions continues permettent d'attirer le vagin très haut, beaucoup plus haut qu'on n'aurait pu le supposer *a priori* ; tout comme celles qu'on exerce par le vagin sur la matrice amènent celle-ci à la vulve. Il y a un grand avantage à remplacer les mains d'un aide qui se fatigue à soulever de lourdes tumeurs, par un appareil facile à rendre plus aseptique que les mains les plus soignées, appareil ne prenant aucune place et ne subissant aucune faiblesse.

Je recommande de ne pas exagérer les tractions, car on perdrait de la sorte tout le bénéfice des déviations latérales qu'on peut imprimer à une tumeur qui est seulement suspendue, soutenue, mais qu'on n'obtiendrait plus si la tension dépassait certaines limites.

Infection péritonéale post-opératoire à staphylocoques.

MM. PICHEVIN et PETIT (Paris). — Une péritonite aiguë se déclare à la suite de l'écoulement du muco-pus contenu dans l'utérus (hystérectomie abdominale totale pour fibrome). Deux jours après l'opération, examen d'une goutte de pus trouvée sur une pince qui étreignait un ligament large : beaucoup de cocci de 1 μ ; quelques chaînettes de 3-4 éléments, rares diplocoques. Ouverture immédiate du ventre, malgré l'apyrexie et le peu de fréquence des pulsations, 84. Péritonite généralisée, fausses membranes rares, vascularisation et dilatation de l'intestin, stagnation d'une sérosité sale. Lavage, 20 litres d'eau boricuée et d'eau salée. Guérison. Le pus pris sur la pince et dans la cavité abdominale contenait exclusivement des staphylocoques blancs

et a servi à faire des expériences sur des souris, des cobayes et des lapins.

Il a été établi par les expériences de Wegner, Grawitz, Pawlosky, Bumm, etc., que les malades qui meurent après une laparotomie succombent à une infection péritonéale, même quand on ne trouve dans le coelome que très peu de lésions. Dans la sérosité péritonéale existent des germes pathogènes en nombre considérable. La présence du pus dans le péritoine est la preuve de la résistance de la séreuse à l'envahissement des microbes. Il y a eu phagocytose. La péritonite purulente est une péritonite atténuée, si on la compare à la forme mycositique de Pawlosky. Aussi Lawson-Tait avait-il raison de dire, en 1886, que la cure de la péritonite purulente lui avait donné de grandes satisfactions.

Voici le résumé de nos expériences :

1° L'injection du pus péritonéal ou d'une culture pure de staphylocoques blancs dans du bouillon étendu d'eau ne produit pas de péritonite (Grawitz, Reichel, Orth, Waterhouse, Burquisky, contrairement à Pawlosky) ;

2° L'injection de staphylocoques et de sang dans le coelome donne naissance à une péritonite mortelle en quatorze jours ;

3° Si l'on gratte le péritoine, si on l'irrite avec de la térébenthine, l'injection de staphylocoques et de sang tue le lapin en cinq jours ;

4° Toute lésion péritonéale un peu étendue ne détermine pas *fatalement* l'éclosion d'une péritonite, comme l'a dit Grawitz, si on injecte dans la cavité péritonéale du sang et des microbes pathogènes.

5° Les lésions péritonéales favorisent certainement le développement de la péritonite mais elles ne semblent pas être indispensables à la genèse de l'infection péritonéale.

6° Le péritoine se défend mieux contre l'invasion des staphylocoques que ne le fait le tissu cellulaire (abcès de la paroi sans péritonite) ;

7° La virulence des staphylocoques s'accroît singulièrement par le passage successif sous la peau de deux cobayes et d'un lapin ;

8° L'injection de ces staphylocoques à virulence très exaltée dans le coelome produit une inflammation péritonéale ;

9° L'injection de sang et de ces staphylocoques à virulence très

exaltée dans le péritoine tue les animaux en moins de vingt heures. La péritonite est déjà intense quatre heures après l'opération. Ces résultats confirment ceux de Burquisky et expliquent peut-être les divergences signalées entre Grawitz et Pawlosky. Nos staphylocoques provenant du pus péritonéal de notre malade introduits dans le coelome disparaissaient et étaient inoffensifs. Ces mêmes germes pathogènes, *après différents passages*, produisent une péritonite très manifeste.

10° Contrairement à ce qu'avance Bumm, la péritonite post-opératoire est « contagieuse » ; elle peut être soit à staphylocoques, soit à streptocoques exclusivement, soit à microbes multiples et variés ;

11° La gravité et la rapidité de l'infection et de la mort dépendent du milieu de culture, de l'étendue des lésions péritonéales et surtout du degré de virulence des germes pathogènes. Des staphylocoques, suivant leur virulence, peuvent tuer les animaux en quatorze jours, en cinq jours, en moins de vingt heures.

Le diagnostic de péritonite doit être fait de bonne heure (facies, pouls, ballonnement, vomissements et examen de la sérosité péritonéale). Un diagnostic précoce permet une intervention hâtive qui, seule, peut sauver l'opéré. On lavera le péritoine avec une vingtaine de litres d'eau salée ou boriquée.

Dilatation-drainage de l'utérus par les mèches de gaze glycérolisée dans le traitement de l'endométrite.

M. R. BLONDEL (Paris). — Le traitement de l'endométrite comporte, de par la nature de l'affection, deux indications essentielles à réaliser : détruire les organismes pathogènes et réparer les lésions de la muqueuse. Les grands lavages intra-utérins ne conviennent qu'aux cas légers et récents où le gonocoque est en cause, et où le permanganate se trouve ainsi indiqué ; on peut compter dans une certaine mesure sur l'action de celui-ci en profondeur, comme l'a annoncé Janet, mais le gonocoque est toujours, chez la femme, associé à d'autres organismes que le permanganate respecte, et l'emploi du sublimé ou de l'ichtyol devient tôt ou tard nécessaire.

De plus, quand la blennorrhagie utérine est dans la période aiguë, le traitement abortif, théoriquement indiqué, est souvent dangereux : l'introduction des sondes irrigatrices et surtout des

bougies qui leur préparent la voie, créent autant de traumatismes correspondant à des effractions du tissu cellulaire, par lesquelles le gonocoque gagne les voies lymphatiques pelviennes et crée la périovarite et la périsalpingite d'emblée avant toute propagation par la continuité de la muqueuse.

Les tampons glycerinés sont un excellent moyen de réaliser indirectement l'antisepsie, en provoquant une hypersécrétion qui balaie les culs-de-sac glandulaires et épuise les colonies microbiennes qui les habitent : cette méthode correspond au traitement de la blennorrhagie masculine par les boissons délayantes : la tisane d'orge, la bière en excès, les grands bains. C'est un procédé de grande valeur, mais qui peut rarement conduire la guérison jusqu'au bout. En tout cas, il faut placer les tampons glycerinés dans la cavité utérine elle-même, pour que tout l'appareil glandulaire de l'organe soit influencé.

Les lamineaires sont un excellent procédé pour étaler la muqueuse et la rendre accessible aux divers topiques : elles sont, souvent, d'un emploi difficile. Elles sont comparables aux bougies, au point de vue du traumatisme pour l'introduction. Elles restent mal en place ; placées trop profondément elles viennent, en se dilatant, buter contre la lèvre du col, l'excaver et au besoin, le perforer, comme j'en ai observé un cas.

Introduites moins profondément elles s'échappent prématurément, ne dilatant pas le fond de l'organe, et peuvent venir blesser ou même perforer la cloison recto-vaginale.

Je préconise, à mon tour, la méthode suivante, qui s'inspire, à la fois, des diverses indications à remplir dans le traitement de l'endométrite. Le vagin étant soigneusement désinfecté, j'abaisse le col avec une pince à mors très arqués, dont le pincement n'est jamais douloureux. Au moyen d'un porte-mèche échancré à une extrémité, comme celui des trousses, mais deux fois plus long et incurvé, comme un hystéromètre, je pousse doucement dans la cavité utérine une mèche de gaze salolée ou phéniquée imbibée d'une solution de sublimé à 1/500° dans de la glycérine très épaisse. Le vagin est ensuite méthodiquement rempli de tampons de ouate glycerinée. Le pansement est retiré au bout de vingt-quatre heures : grand lavage utérin au sublimé à 1/2000° ou au permanganate à 1/1000° selon les cas ; introduction d'une mèche volumineuse, tassée dans la cavité utérine, et ainsi chaque jour.

La dilatation est complète et admet l'index chez les multipares au bout de quatre jours, chez les nullipares au bout de sept jours ; elle est généralement tout à fait indolore, avantage considérable sur les lamineuses. La mèche dilate surtout par l'action de la glycérine qui ramollit la muqueuse, accumule les sécrétions utérines en arrière de la mèche, et fatigue la fibre utérine par son action excitante, jusqu'à amener son atonie et la dilatation par une force très légère. Le sublimé que renferme la glycérine exerce son action antiseptique, non passagèrement, comme dans les lavages, mais d'une façon continue ; aucun danger d'intoxication ni même d'action caustique n'est à craindre toujours grâce à la présence de la glycérine.

Le traitement dure environ trois semaines. Sur quatre-vingt-deux cas traités à ma clinique depuis deux ans, j'ai eu soixante-quatre guérisons par la dilatation et les lavages ; sur les dix-huit insuccès, quatorze ont guéri par le curettage, complété dans six cas par l'amputation de Schröder. Dans ce chiffre figurent quarante-trois cas où l'endométrite était associée à des lésions inflammatoires des annexes : il a donné huit guérisons sur huit pour les cas pris au début et vingt-trois sur trente-cinq pour les cas anciens ; sur les douze cas rebelles, huit étaient d'origine puerpérale, et sept d'entre eux ont guéri par le curettage.

Au point de vue étiologique les cas d'origine puerpérale ont fourni 75 % de guérison, et ceux d'origine blennorragique 78 %. Dans ce nombre ne figurent pas les endométrites compliquées de lésions traumatiques du col qui ont été traitées d'abord par la réparation chirurgicale de ces lésions. En somme, quarante-trois cas de salpingo-ovarite compliquant la métrite, et traités uniquement par la dilatation suivie du drainage, ont donné trente et une guérisons, dont quatre suivies de grossesse. Deux fois seulement j'ai dû pratiquer la laparotomie et faire l'ablation des organes.

Kyste hydatique de l'ovaire.

M. DEMONS. — J'ai récemment opéré une jeune femme qui portait dans le bassin une tumeur manifestement kystique, incluse dans le ligament large, grosse comme une tête d'enfant. Je fis la laparotomie ; il s'agissait d'un kyste hydatique de l'ovaire droit, coexistant avec un kyste de l'épiploon et un kyste du mésentère ;

les trois tumeurs accolées les unes aux autres formaient une seule masse. Les kystes furent marsupialisés et la femme guérit.

Les kystes hydatiques de l'ovaire sont rares et difficiles à diagnostiquer. Dans le cas actuel, on avait successivement pensé à un fibrome et à un kyste séreux. Cinq ans avant l'opération, la femme étant enceinte, avait éprouvé des douleurs telles qu'on dut provoquer l'avortement ; on avait constaté, dès cette époque, la présence d'une petite tumeur sur le côté droit de l'utérus en rétroversion ; deux autres grossesses purent être menées à terme, mais les accouchements furent très difficiles et les enfants ne vécurent que très peu de temps. Chaque grossesse était marquée par un rapide accroissement de la tumeur. L'absence d'hémorragies et la fluctuation de la tumeur devaient faire penser à un kyste ; mais il était impossible de prévoir qu'il s'agissait d'un kyste hydatique ; le diagnostic ne pourrait être soupçonné que par la constatation de tumeurs multiples ; il y avait bien dans notre cas trois kystes, mais ils étaient accolés et formaient une seule tumeur.

COMMUNICATIONS DIVERSES.

M. BÖCKEL (Strasbourg). — *Kyste de l'ovaire suppuré.*

M. CANDELA (Valence). — *Trachélorexie.*

M. LEFOUR (Bordeaux). — *Tiges métalliques intra-utérines (1).*

M. HEYDENREICH (Nancy). — *Intervention par la voie rétro-vaginale dans l'atrésie acquise du vagin.*

M. MONOD (Bordeaux). — *Grossesse vingt-deux mois après une amputation du col pour cancer.*

M. PICHEVIN (Paris). — *De l'élytrotomie et de la cœliotomie vaginales.*

M. DAUSSE (Bordeaux). — *Imperforation vaginale.*

M. BINAUD (Bordeaux). — *Les crayons de chlorure de zinc ; leurs résultats éloignés.*

M. CHAVANNAZ (Bordeaux). — *Kyste hydatique de l'os coxal.*

M. MONOD (Bordeaux). — *Leucoplasie vulvo-vaginale.*

M. BOURSIER (Bordeaux). — *De l'uréthrocele.*

M. DURET (Lille). — *Aspiration des liquides secrétés dans le cul-de-sac péritonéal après les laparotomies laborieuses.*

E. APERT.

(*Bulletin Médical.*)

(*A suivre.*)

(1) Voir notre article de Revue de gynécologie du mois dernier.

REVUE DE LA PRESSE

LES GASTRORRHAGIES A TYPE MENSTRUEL.

Sous ce titre, nous trouvons, dans le numéro du 13 mars 1895 de la *Semaine Médicale*, l'analyse d'un travail de M. le docteur L. Kuttner, assistant de clinique du professeur Ewald, de Berlin, dont nous voulons rendre compte à nos lecteurs.

D'après les observations de l'auteur, les gastrorrhagies liées à la fonction menstruelle se montreraient beaucoup plus fréquemment qu'on ne le croit ordinairement. Il y a déjà longtemps, sans doute, que, sous le nom de xénoménie, on connaît les déviations des hémorrhagies menstruelles. On sait que ces hémorrhagies peuvent se faire dans différents organes. Parfois, et c'est peut-être le cas le plus fréquent, elles apparaissent dans le poumon ; d'autres fois, elles se font par la muqueuse intestinale. Il est des cas où on les rencontre sur la muqueuse nasale ; il en est même où elles apparaissent sur la conjonctive oculaire. Les hémorrhagies de ce genre qui se font sur la muqueuse gastrique ne sont pas rares. Dans tous ces cas, il s'agit, selon l'expression de M. le docteur Kuttner, d'une menstruation vicariante. Mais, et ces faits sont de beaucoup moins connus que les précédents, il arrive souvent aussi que les hémorrhagies gastriques en question se montrent concomitamment avec la menstruation, il y a alors à la fois hémorrhagie utérine et hémorrhagie gastrique, et, dans ces cas, l'écoulement sanguin de la muqueuse stomacale se fait périodiquement à toutes les époques mensuelles. Ces hémorrhagies passent très fréquemment inaperçues, parce qu'elles ne donnent lieu ni à des hématémèses, ni à du mœléna ; d'autres fois, on les confond avec des hémorrhagies provenant d'un ulcère simple de l'estomac.

Ces hémorrhagies gastriques à type menstruel, après les observations de M. le docteur L. Kuttner, se rencontrent principalement chez les jeunes filles chloro-anémiques, chez les hystériques, chez les neurasthéniques. Tantôt elles apparaissent quelques jours avant les règles ; tantôt elles se montrent au moment même de l'époque cataméniale, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas d'écoulement sanguin par les organes génitaux. Ordinairement, elles se répètent régulièrement tous les mois au même moment ; mais il arrive parfois qu'elles surviennent après un temps plus long et sans régularité. Pendant le

temps où elles n'existent pas, on ne rencontre habituellement aucun symptôme morbide du côté de l'estomac.

La quantité de sang de ces hémorrhagies est très variable. Dans un certain nombre d'observations, l'hémorrhagie s'est montrée plus ou moins abondante, mais toujours inférieure à ce qu'elle est habituellement dans l'ulcère rond, et elle a donné lieu à une hématomèse. Dans d'autres cas, la quantité de sang écoulé à la surface de l'estomac était si peu abondante, que la présence de ce liquide, soit dans le contenu stomacal, soit dans les matières fécales, ne pouvait être décelée par l'examen ordinaire et qu'il fallait recourir à un examen microscopique ou chimique.

Dans certaines des observations de M. Kuttner, des femmes atteintes d'ulcère rond de l'estomac ont aussi présenté cette particularité que leurs hémorrhagies étaient à type menstruel, c'est-à-dire qu'elles se montraient au moment des règles, ou bien encore qu'elles étaient plus abondantes à ce moment qu'à tout autre.

Il est à remarquer aussi que ces hémorrhagies gastriques à type menstruel ne sont jamais assez abondantes pour menacer la vie des malades, comme le fait se remarque dans le cas d'ulcère rond. De plus, comme la quantité de sang perdue par les malades est habituellement minime et qu'il se passe un certain temps entre les deux hémorrhagies consécutives, l'organisme a le pouvoir de se refaire dans cet intervalle, et l'anémie qui résulte de ses pertes sanguines n'est jamais bien prononcée.

Les hémorrhagies stomacales à type menstruel se manifestent ordinairement par les symptômes suivants : Au moment où se fait la perte de sang, la malade, qui jusque-là était bien portante ou ne présentait que quelques troubles nerveux ou dysménorrhéiques, se sent prise de vertiges, de faiblesse et de nausées ; bientôt survient chez elle un sentiment de plénitude dans l'estomac, puis apparaît un vomissement de sang. Après cette hématomèse, la faiblesse augmente encore, et cependant la malade se sent plutôt soulagée. Il peut y avoir ainsi deux, trois vomissements et plus encore, et, les jours suivants, on peut constater une certaine quantité de sang dans les selles. L'hémorrhagie gastrique s'arrête après ces quelques vomissements, mais, généralement, pendant toute l'époque menstruelle, on constate des troubles dyspeptiques qui disparaissent ensuite. Il est à remarquer aussi que, pendant tout ce temps, on trouve de l'hypochlorhydrie et même de l'anachlorhydrie absolue du suc gastrique.

On comprend qu'il est parfois difficile de faire le diagnostic entre les hémorrhagies gastriques à type menstruel et celles qui proviennent d'un ulcère rond de l'estomac, ou d'un cancer de cet organe. De même, il sera parfois difficile de faire le diagnostic avec les hémorrhagies provenant des poumons, de l'œsophage ou même du pharynx. Dans tous les cas, il sera nécessaire de faire un examen des plus minutieux des malades. Après avoir écarté du débat les hémorrhagies qui peuvent avoir pour point de départ les autres organes, on pensera aux hémorrhagies gastriques à type menstruel, quand, chez les malades, on aura constaté la présence de troubles des fonctions digestives pendant la période menstruelle et l'intégrité de ces fonctions dans les autres moments. L'existence d'un état de chloro-anémie chez les malades, celle de l'hystérie, de la neurasthénie seront des conditions qui pourront encore faire songer à la possibilité des hémorrhagies à type menstruel. La constatation de l'hypoacidité et de l'anachlorhydrie du suc gastrique aura une très grande valeur pour établir le diagnostic différentiel avec l'ulcère rond, puisque l'on sait que, dans le cas de cet ulcère, c'est l'hyperchlorhydrie que l'on rencontre. Enfin et surtout, l'inutilité du traitement de l'ulcère rond qui ne fera pas cesser les hémorrhagies à type menstruel sera une des meilleures bases du diagnostic dans ces cas. Il ne faut pas oublier, en effet, que ces hémorrhagies à type menstruel peuvent même se rencontrer chez des femmes qui sont atteintes d'ulcère simple de l'estomac.

Mais, comme il a été dit plus haut, il peut arriver que la quantité de sang ne soit pas suffisante pour déterminer l'apparition d'une hématémèse, et que même il soit impossible, à la vue seule, de reconnaître le sang dans le contenu de l'estomac ou dans les matières fécales. Dans ces cas, pour déceler le sang, il faut recourir à l'un ou à l'autre des deux procédés conseillés par M. le docteur Kuttner, et que l'auteur de l'article de la *Semaine médicale* décrit en ces termes :

« Dans le premier (procédé de F. Muller et H. Weber), on mélange une petite quantité du contenu stomacal avec quelques centimètres cubes d'acide acétique concentré et d'éther sulfurique, puis on agite et on laisse surnager l'éther : ce temps de la manipulation peut être encore accéléré par l'adjonction de quelques gouttes d'alcool. En présence du sang, l'éther se colore en rouge brun (par l'acétate d'hématine). La bile peut également colorer l'éther, mais, dans ce cas, la coloration, moins intense, est d'un brun jaunâtre. Pour s'assurer que

la coloration de l'éther est bien due au sang, on verse dans une fiole renfermant un peu d'extrait éthéré du contenu d'un estomac lavé de teinture de gailac et d'essence de térébenthine, l'essence du pigment sanguin, se colore en vert ou en bleu.

« Le second procédé (celui de Korzynski et Jaworski) consiste à mélanger, dans un petit vase de porcelaine, la substance à examiner avec une faible quantité de chlorate de potasse et une goutte d'acide chlorhydrique concentré, puis à chauffer le mélange jusqu'à ce qu'il ne se produise plus de dégagement de gaz. Ensuite, on ajoute une ou deux gouttes d'une solution de ferrocyanure de potassium : on obtiendra alors, si le résidu contient du pigment sanguin, une coloration bleue manifeste (bleu de Prusse).

Pour traiter les hémorrhagies gastriques à type menstruel, tout d'abord, de prescrire aux malades le repos au lit, de placer de la glace sur la région stomacale ; on fera prendre de petits morceaux de glace et des boissons glacées, et on interdira toute alimentation par la bouche ; si l'hémorrhagie persiste, on pourrait avoir recours, pour soutenir la vie, à des lavements alimentaires. Ordinairement, ces moyens suffisent pour arrêter l'hémorrhagie ; mais, dans le cas contraire, il faut faire des injections sous-cutanées d'ergotine avec ou sans atropine et pratiquer des lavages de l'estomac à l'eau glacée. Il est évident que ces lavages devront se faire avec les plus grandes précautions.

Enfin, pour empêcher les récurrences de ces hémorrhagies menstruelles, il faudra instituer un traitement général qui ait pour effet de combattre la neurasthénie, l'hystérie et la chlorose, puisque ce sont les maladies que l'on rencontre chez les femmes qui présentent les hémorrhagies en question. Il ne faut pas oublier que certaines maladies de l'utérus, les métrites et les myomes, sont assez souvent la cause de ces hémorrhagies stomacales. En conséquence, si on les rencontre chez les malades que l'on

PROPAGATION DES AFFECTIONS VULVO-VAGINALES DE L'ENFANCE ; ORGANES GÉNITAUX INTERNES ; PÉRITONITES CONSÉCUTIVES

Le Dr Ar. Martin apporte dans sa thèse, un certain nombre de faits à l'appui de cette opinion que les vulvo-vaginites si fréquentes chez les enfants ne sont pas toujours si inoffensives qu'on le croit.

croire en général, et qu'elles peuvent être le point de départ d'affections des organes génitaux internes et surtout des péritonites.

D'ailleurs Saenger, de Leipzig, au congrès de gynécologie, a remarqué que la vulvo-vaginite des enfants est, à cause de la possibilité de sa propagation aux organes génitaux internes et au péritoine, une maladie sérieuse. Il fait remarquer à ses collègues que souvent, chez les jeunes personnes de 15 à 20 ans, on trouve des traces de pelvi-péritonite antérieure sans que souvent on puisse obtenir d'éclaircissement sur leur origine et leur état aigu.

Etant donné la fréquence des complications utérines, pelvi-péritonéales, etc., que l'on observe chez l'adulte, on peut se demander pourquoi, bien qu'à un degré moindre, ces complications n'existeraient pas chez l'enfant dont l'écoulement renferme très souvent le gonocoque de Neisser.

Ce sont des faits de cet ordre qu'a réunis M. Martin, et de leur ensemble résulte le fait d'une façon très nette que parfois au cours des vulvo-vaginites, les organes génitaux internes peuvent être touchés sans qu'aucun symptôme morbide apparent se montre ; que d'autres fois le péritoine peut être touché et réagir violemment, mais qu'alors même que le tableau clinique est en tous points celui d'une péritonite, les accidents peuvent rétrocéder et la santé complètement se rétablir. Enfin que, dans certains cas, la péritonite continue à évoluer, que la suppuration devient abondante et qu'alors la mort semble fatale très rapidement dans certains cas, en quelques jours au plus dans d'autres.

Le pronostic de la vulvo-vaginite ne doit donc pas être considéré comme indifférent, sans que cependant on doive aller aussi loin qu'un américain, Andrew F. Carrier, de New-York, qui croit que toute vulvo-vaginite de l'enfance peut laisser des traces ; il lui semble extrêmement probable que beaucoup des utérus déformés et atrophiés avec lesquels sont associés si souvent la dysménorrhée, la stérilité, sont des conséquences légitimes de la vulvo-vaginite du jeune âge.

Le traitement de la vulvo-vaginite a donc une grande importance : M. Martin décrit très complètement la manière dont sont faits les lavages avec la solution de permanganate de potasse au millième, procédé qui est le plus usité à l'hôpital des Enfants et qui donne d'excellents résultats, pourvu qu'il soit fait avec soin.

L'enfant est placée dans la position obstétricale, couchée en travers de son lit sur un carré de caoutchouc dont les deux coins, pendants

est le chlorure de potassium pour former une solution aqueuse et l'injecter avec seringue dans un sens de la même pénétration qu'il est et usage. Le lavage est fait avec un bocal. L'eau est remplie de deux litres de la même au permanganate. On termine la désinfection par la rigueur cingulière et l'eau. Pour ce compte à la cause une petite sonde introduite dans le vagin.

La sonde est une petite sonde en caoutchouc très légère ; on, mieux, une sonde de même calibre terminée par une pointe de laquage et trouvent deux yeux. La sonde a l'avantage de mieux rester dans le vagin, de ne pas être par le liquide qui sortent du vagin et de laver mieux les yeux.

L'introduction de la sonde est toujours facile, l'orifice est toujours assez grand pour l'introduction.

On fait passer ainsi dans le vagin deux tiers du liquide termine la désinfection par un lavage du clitoris, de la vulve.

L'injection n'est pas douloureuse. Souvent, quand la récente, il y a amélioration dès le premier lavage ; mais il faut les lavages plusieurs jours après la disparition de l'infection, sous peine de le voir réapparaître après quelques jours.

Le traitement a paru le meilleur pour les vulvites récentes. Le bactériologique montre le gonocoque à l'état de pureté.

Quant aux vulvites anciennes, les lavages au sublimé, au chlorure, à l'eau boriquée, conviennent, semble-t-il, aussi les lavages de permanganate.

(Les taches de permanganate sur les mains disparaissent par un lavage fait avec quelques gouttes d'une solution de bisulfite.)

(*Journal de Méd. et de Chir.*)

GROSSESSE AVEC UTÉRUS ET VAGIN BIFIDES.

M. Matveleff rapporte, à la Société de gynécologie et d'obstétrique de Moscou, l'observation d'une femme primigeste entrée au début du neuvième mois de la grossesse avec des douleurs de couchement commencées depuis la veille.

Au toucher vaginal et avant l'expulsion du fœtus, on constate d'un cloisonnement antéro-postérieur du vagin, se

VARIÉTÉS.

au delà de l'orifice externe du col utérin. Après l'expulsion (petit, 1500 grammes), la main introduite dans l'utérus per rendre compte que l'organe lui-même est divisé en deux parties. La grossesse s'est faite dans la partie droite. D'après cette segmentation de l'utérus expliquerait la petitesse du fœtus et l'accouchement prématuré. En 1889, Riedinger a pu observer d'une femme à utérus double, où l'on fut forcé d'intervenir par l'opération césarienne. Des observations de Ruge sont surtout instructives, celle d'une malade à utérus et vagin cloisonnés ayant déjà fait deux fausses couches. Le professeur Schroeder a fait chez elle la section de la cloison vaginale et la troisième grossesse a évolué jusqu'à terme. M. Matveïeff se demande s'il ne faut pas en conclure la sorte chez la malade dont il communique l'observation. (*Archiv für Gynäkologie*, 1894, p. 475.)

VARIÉTÉS

GROSSESSE TRIPLE. — Une fille de treize ans, de Roxbury (Connecticut), est accouchée de trois enfants (un garçon et deux filles ensemble vingt-trois livres (un peu plus de dix kilogrammes) est âgé de seize ans. La mère est robuste et plus développée que la moyenne des filles de son âge. Elle est la sœur d'un fermier dont le mari est garçon de ferme. (*New-York Medical Times*)

PAROTIDITE ET PSYCHOSE A LA SUITE D'UNE OVARIOTOMIE. — Les gynécologues ont la prétention de guérir des troubles nerveux graves chez les femmes qui ont une maladie de l'ovaire, en pratiquant l'ablation de l'organe malade. Or, il ne manque pas de faits pour établir que l'ovariotomie peut avoir un retentissement fâcheux sur les facultés intellectuelles des opérées. On sait aussi qu'une ovariotomie peut entraîner à sa suite, une inflammation de la glande parotidienne.

Dès 1880, Moricke relevait cinq exemples de ce genre de complications, et en 1887, Bumm (*Centralblatt für Gynäkologie*, 1887, p. 704) dressait une statistique de 17 cas de parotidite suppurative à la suite d'une ovariotomie.

Un auteur allemand, le Dr Everke, vient de publier (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1895, n° 20, p. 319) l'observation d'une femme de 45 ans, qui à la suite d'une ovariotomie a été prise

d'une parotidite suppurée et de troubles mentaux. Cette femme avait été opérée d'un kyste de l'ovaire gauche, du poids de 16 livres. Cinq jours après l'opération la parotide droite se mit à enfler. Cette tuméfaction progressa les jours suivants. Au 14^e jour, on constatait de la fluctuation. On incisa le foyer et on donna issue à du pus. La malade avait été chloroformée. Le soir de ce même jour elle tomba dans un état de fureur indescriptible ; elle n'avait plus conscience de ce qu'elle disait et de ce qu'elle faisait. Elle mordait les personnes qui l'approchaient, elle leur lançait des crachats. Il fallut lui lier les mains.

Le lendemain on fit de nouvelles incisions dans la glande parotide malade et on y introduisit des drains. T. 40°5, P. 120. La malade se calma, mais elle ne reprit connaissance que le surlendemain. Le 29^e jour après l'opération, elle était complètement rétablie.

M. Ewerke a mentionné un autre cas de parotidite double, qu'il avait observé précédemment chez une femme à la suite d'une extirpation des annexes. Puis il a relaté le cas d'une femme qui réalisait un exemple de grossesse tubaire ; le kyste fœtal s'étant rompu on pratiqua une laparotomie. Immédiatement après l'opération, la femme, qui jusque-là avait toujours été saine d'esprit, manifesta un grand contentement ; elle éprouvait une soif très vive. Dans le courant de la journée, comme on lui avait refusé un supplément de boisson, elle jeta un regard égaré sur le médecin au moment d'une visite de ce dernier. Peu d'instant après elle se suicidait en s'ouvrant l'artère humérale avec un couteau de poche. A noter qu'on ne connaissait aucun cas de démence dans la famille de cette femme.

(*La Médecine internat.*)

BIBLIOGRAPHIE

—

- I. — **Pathogénie du zona**, par le D^r BALDET. Paris, 1895.
- II. — **Du traitement de la morphinomanie**, par le D^r VERRIER, Paris, 1895.
- III. — **Monstres doubles et dystocie fœtale**, par le D^r DULOROV, Paris, 1895.
- IV. — **Etudes sur les ruptures des parties molles pendant la symphyséotomie et sur le moyen de les éviter**, par le D^r AUDEBERT. Paris, 1895.
- V. — **Nature et traitement du psoriasis**, par le D^r BOUFFÉ (de Paris). Clermont, 1895.
- VI. — **Etude générale des déviations utérines consécutives à la fièvre puerpérale**, par le D^r Maurice DELMAS. (Th. de Bordeaux, 1895.)

Viennent de paraître à la Société d'Éditions scientifiques :

- 1° **La cure de Barèges**, par le docteur I. BÉROUS, médecin-consultant à Barèges, lauréat de la Faculté de Paris, membre de la Société d'Hydrologie médicale, etc. Grand in-8° de 148 pages. Prix : 2 fr.

Dans ce travail, l'auteur a exposé les résultats qu'une pratique de quinze ans lui a permis d'observer dans cette station thermale qui, grâce à son altitude, est aussi une station climatérique remarquable. Il s'est efforcé de faire ressortir les effets tout spéciaux de cette cure de Barèges, en même temps qu'il a insisté sur les nombreuses contre-indications qu'elle comporte. Écrit dans un but purement scientifique, cet ouvrage est de nature à être utile aux médecins en appelant leur attention sur une médication énergique qui rend de si grands services dans les cas les plus graves, et aussi aux malades auxquels il pourra indiquer la *direction qu'ils doivent prendre*.

- 2° **Le Moyen Âge médical**, par le docteur Edmond DUPOUX, ancien interne de Charenton et des Asiles d'Aliénés, lauréat de la *Société médico-psychologique* : Prix Esquirol et Prix Aubanel. Un vol. in-12 de 372 pages. 2° édition, 5 fr.

APERÇU DE LA TABLE DES MATIÈRES : *Première partie*, Les médecins au moyen âge. — *Deuxième partie*, Les grandes épidémies : La peste de 542. — Le mal des ardents. — Les fièvres éruptives au VI^e siècle. — La suette d'Angleterre au XV^e siècle. — Le scorbut. — La lèpre. — La syphilis. — *Troisième partie*, La démonomanie au moyen âge : Origines de la magie et de la sorcellerie. — Les théologiens et les juges démonologues. — Les médecins démonologues. — Possédés. — Sorciers et démonomanes. — L'hystéro-démonomanie des cloîtres. — Hystérie et force psychique. — *Quatrième partie*, La médecine dans la littérature au moyen âge.

- 3° **La Prostitution dans l'antiquité, dans ses rapports avec les maladies vénériennes. Étude d'hygiène sociale**, par le docteur Edmond DUPOUX, ancien interne de Charenton et des Asiles d'Aliénés, lauréat de la *Société médico-psychologique* : Prix Esquirol et Prix Aubanel. 1 vol. in 8°, de 220 pages, avec figures, 3° édition, 4 fr.

Comprenant les différentes formes de la prostitution dans l'antiquité. La prostitution hospitalière, sacrée et légale. Corruption des peuples par les prêtres des religions païennes. — La prostitution dans l'Inde, en Asie-Mineure, en Égypte, chez les Hébreux ; — la prostitution légale, les dictérions ; — lois sur la prostitution à Athènes ; — la prostitution libre, les courtisanes ; — grands hommes et hétaïres ; — l'amour antiphysique en Grèce ; — tribaderie et saphisme ; — la prostitution sacrée en Italie ; — les fêtes de la prostitution à Rome ; — La prostitution religieuse en Italie et la prostitution légale ; — les auxiliaires de la prostitution ; — lois et règlements de la prostitution à Rome ; — la prostitution masculine, corruption des Césars ; — la pédérastie légale ; — dépravation des mœurs dans la société romaine ; — maladies vénériennes chez les Grecs et les Romains ; — monuments figurés de l'histoire de la prostitution.

- Memento-Formulaire de poche de posologie et thérapeutique infantiles**, par M. le docteur H. DAUCHEZ, ancien chef de clinique adjoint de la Faculté, ancien interne de l'Hôpital des Enfants malades, ancien prési-

dent de la Société médicale du VI^e arrondissement, lauréat de l'Académie (hygiène de l'enfance). Préface de M. le D^r FERRAND, médecin de l'Hôtel-Dieu.

La première qualité que doit posséder un formulaire de thérapeutique, surtout un formulaire de thérapeutique infantile, est d'être clair, précis, concis et facile à consulter.

Or, ces qualités ont été plus particulièrement visées par M. le D^r Dauchez dans son *Memento formulaire de poche* où sont condensés par ordre alphabétique les médicaments usuels et les méthodes par lesquelles l'enfant « subit » sans le vouloir l'influence thérapeutique (frictions, fumigations, bains, injections hypodermiques).

Pendant quatre années passées à l'Hôpital des Enfants comme chef de clinique de M. le Professeur Grancher, comme interne de M. le D^r Labric et du regretté D^r Archambault, l'auteur a pu faire un choix de formules simples et faciles à retenir. Chaque substance s'y trouve placée par ordre alphabétique. Une seule formule s'y trouve adjointe pour ne point laisser d'incertitude au médecin chez qui l'embarras du choix n'est pas la moindre des difficultés.

Enfin l'action et l'indication thérapeutiques ont été soigneusement notées en regard de chacun des médicaments simples ou composés. Une mention désigne ceux dont l'emploi pourrait présenter quelque péril.

Ces derniers (hâtons-nous de le dire) sont peu nombreux, car le D^r Dauchez a généralement tenu rigueur aux substances capables d'entraîner des accidents ; s'il a fait exception pour quelques-unes dont l'administration est parfois nécessaire, il les a soigneusement signalées à la prudente attention de ses lecteurs.

Quant aux médicaments inutiles qui ombrent les formulaires, M. Dauchez les a éliminés impitoyablement.

Pour rester *pratique et avant tout pratique*, l'auteur a condensé dans son travail les conseils et les enseignements inédits de son maître, M. le D^r Labric, bien connu des fervents de la médecine infantile et qui pourtant, durant vingt-cinq ans, n'a fourni qu'un enseignement purement oral à de nombreuses générations d'élèves.

Disons en terminant que, par son *format de poche*, ce travail rendra à tous les praticiens craintifs, ou peu familiarisés avec les doses thérapeutiques à prescrire aux enfants, un réel service.

Le lecteur trouvera, en outre, à la fin du *memento formulaire*, un chapitre relatif aux *empoisonnements* et aux *contrepoisons*, suivi d'un tableau synthétique indiquant les doses maxima des substances les plus dangereuses de 1 à 5 ans — de 5 à 10 ans — de 10 à 15 ans.

Division du formulaire :

CHAPITRE I. — Introduction. — Dosage — mnémotecnique. — Véhicules. — Modes d'administration. — Fumigations. — Inhalations. — Frictions. — Conseils pratiques.

CHAPITRE II. — Cent quatre-vingt-dix formules (action thérapeutique, posologie. — Indications).

CHAPITRE III. — Empoisonnements et contrepoisons.

CHAPITRE IV. — Tableau synthétique des substances dangereuses. (Dose maxima).

Table des matières par ordre alphabétique des maladies avec renvois aux formules.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

101. — Traitement prophylactique de l'ophthalmie des nouveau-nés par le nitrate d'argent en solution faible. — Le D^r Budin a obtenu d'excellents résultats, dans son service en recourant au moyen prophylactique préconisé par Bischoff et par Crédé, c'est-à-dire l'emploi, aussitôt après la naissance, d'une solution de nitrate d'argent. Voici comment il procède :

1^o Dès son arrivée à la salle d'accouchement, la mère, si le travail n'est pas trop avancé, prend un grand bain et on lui fait une injection vaginale avec une solution de sublimé à 1/4000.

2^o Immédiatement après la naissance, en attendant la cessation des battements du cordon qui permettra d'en faire la ligature, on essuie les yeux de l'enfant avec un peu d'ouate et on fait pénétrer, entre les paupières, une ou deux gouttes de la solution de nitrate d'argent à 1/150.

3^o Pendant les jours qui suivent, si la plus petite complication survient, soit chez la femme, soit chez le nouveau-né, ils sont immédiatement isolés.

4^o Enfin, nous avons supprimé les nourrices qui conservaient avec elles leur enfant ; la surveillance en était très difficile. Si les bébés avaient des panaris ou un peu de conjonctivite, les mères nous le cachaient et il en résultait, parfois, de petites épidémies d'ophthalmie chez les nouveau-nés auxquels elles donnaient des soins. Il n'est pas inutile d'ajouter que, pendant toute cette période, l'état sanitaire de notre service a été excellent.

Depuis 1892, je fais également usage, dans ma clientèle de la ville, des solutions de nitrate d'argent à 1 pour 150. Je n'ai, depuis cette époque, observé aucun cas d'ophthalmie purulente ; une seule fois j'ai vu survenir, plusieurs jours après la naissance, une légère conjonctivite qui a cédé à de simples lavages.

En présence de ces résultats : deux ophthalmies purulentes pour 2,004 enfants, c'est-à-dire dans la proportion de 1 pour 1,000 ophthalmies survenues dans les conditions qui s'expliquent, nous croyons

que l'emploi d'une solution de nitrate d'argent à 1 pour 150 est suffisante comme traitement prophylactique. Cette solution n'a aucun des inconvénients de celle (1 pour 50) primitivement conseillée par Crédé.

La solution de nitrate d'argent à 2 pour 100 est absolument efficace, mais elle n'est pas sans présenter quelques inconvénients : elle détermine parfois un gonflement considérable des paupières, et, dans les jours qui suivent, une suppuration si abondante que nous avons vu des confrères croire à l'existence d'une conjonctivite purulente qu'ils voulaient soigner par de nouvelles cautérisations.

Les lavages avec des solutions phéniquées à 2 pour 100 ou avec des solutions de sublimé à 1 pour 5,000, 1 pour 4,000 et même 1 pour 2,000 ne valent pas, tant s'en faut, le nitrate d'argent ; les statistiques sont concluantes. Il en est de même pour les insufflations de poudre d'iodoforme.

(*Progrès Méd.*)

* * *

102. — Traitement électrique des vomissements de la grossesse. — M. CHAMPETIER de RIBES traite électriquement les vomissements incoercibles de la grossesse par le procédé de MM. Gauthier et Larat qui consiste dans la voltaïsation descendante du pneumogastrique droit. Dans cinq observations cette intervention a très bien réussi. L'électrode positive, de la largeur d'une pièce de deux francs, entourée d'amadou, est appliquée au-dessus de la clavicule, entre les deux chefs du sterno-mastoïdien. L'électrode négative, large de huit à dix centimètres, est appliquée à l'épigastre. On emploie un courant de huit à dix milliampères pendant un quart d'heure ou une demi-heure. (*Soc. méd. des hôp.*)

* * *

103. — Fissures du sein.

R. — Baume du Pérou.....	30 gouttes
Teinture d'arnica.....	1/2 drachme
Huile d'amande douce.....	1 once
Liqueur de chaux.....	4 onces

M. — Dose : en application après allaitement. — BROSSEAU.

* * *

104. — Traitement de la pelvi-péritonite chronique adhésive, par le professeur A. MARTIN. (Communic. à *Berl. Gells. f. Geburtsh. und. Gynaekolog.* 1894.) — Les gynécologistes sont d'accord sur la valeur du traitement médical et ils pensent que l'on ne doit intervenir qu'après avoir épuisé tous les moyens médicaux. Ils sont moins d'accord sur la valeur du traitement par le massage. Au premier enthousiasme succède une profonde déception. On ne peut nier que le massage n'ait dans quelques cas fourni de bons résultats, mais le plus souvent les effets sont peu satisfaisants ; il persiste des indurations, des cicatrices, les organes restent soudés comme auparavant, des récidives se produisent. La laparotomie devient alors nécessaire et l'on trouve : atrésie des trompes, ovaires et utérus entourés d'épaisses adhérences. Dans ces cas, sans nul doute, c'est le traitement opératoire qui est indiqué, les indications en seront évidemment différentes, suivant qu'il s'agira de complications inflammatoires, de néoplasmes des organes du bassin, de foyers purulents péri-utérins ou seulement d'adhérences persistantes entre les masses intestinales du bassin.

Les troubles utérins ne sont pas toujours chose principale, les lésions des annexes et des organes voisins ont souvent la plus grande importance. L'utérus et ses annexes peuvent être devenus sains à la suite du traitement, alors que le péritoine pelvien a résisté à toutes les tentatives thérapeutiques. Dans ces cas, la castration, faite pour la première fois par Hégar, est justifiée si les ovaires sont malades, sinon la castration, pas plus que l'hystérectomie, ne doit être faite ; ce qu'il faut, c'est séparer les adhérences.

Cette opération doit être faite de telle manière qu'une nouvelle soudure ne puisse se reproduire. Dans ce but, Martin libère complètement le péritoine pelvien en déchirant au besoin le tissu cicatriciel : les surfaces ainsi séparées sont maintenues absolument hors de contact par la ventro-fixation de l'utérus. La séparation des adhérences doit se faire autant que possible avec la main ou bien en essuyant en quelque sorte les tissus à séparer avec une éponge molle (Spencer Wells). Dans les cas difficiles, on se sert du bistouri et des ciseaux. Ordinairement, la libération se fait avec les doigts en caressant pour ainsi dire et d'arrière en avant : parfois on est obligé de faire avec un ténotome la section « sous-cutanée » des ligaments sacro-utérins flexibles. Si l'on a des tissus très maltraités, déchirés par ces manœuvres, on les enduit d'huile d'olive stérilisée qui empêche

une nouvelle soudure rapide. On lie au catgut tout ce qui saigne.

33 malades ont été ainsi opérées, dont 26 il y a plus de 6 mois. Une mourut d'ileus ; de 4 autres manquent des nouvelles sérieuses. Des 21, dont on a des nouvelles récentes, 2 ne sont ni guéries ni améliorées. Chez les 19 autres, l'utérus est mobile, en antéversion ; on sent les annexes normales. Les femmes ne souffrent pas et sont capables de faire leur travail.

(*Gaz. méd. de Paris.*)

105. — Danger de l'emploi du lacs dans l'extraction du siège. — M. NARICH (Smyrne). — L'introduction du lacs avec la main constitue une manœuvre de tâtonnement. Les difficultés de passer le lacs sont parfois telles qu'il faut se servir d'instruments spéciaux dits porte-lacs. Dans l'intervalle des tractions, le lacs usuel, faisant corde au fond de la rigole de l'aïne, maintient la strangulation des tissus, ce qui contribue à produire des lésions par arrêt de la circulation et de l'influx nerveux. Quand l'opérateur rapproche le lacs de la cuisse de la mère, non correspondante au sacrum du fœtus, l'un des chefs du lacs, glisse en contournant la fesse du bas en haut et monte le long du fémur ; de là la fracture de ce dernier.

(*Soc. obst. et gyn.*)

106. — Nouvelle thérapeutique médicale des fibromes utérins. — M. JOUIN. — J'ai donné de l'extrait thyroïdien en tablettes de 0,15 centigr., de quatre à huit tablettes par jour à des malades atteintes de corps fibreux.

Trois fois j'ai observé la diminution des hémorragies, deux fois la disparition partielle de la tumeur. Un seul insuccès doit être accepté, car les deux derniers cas sont trop récents pour entrer dans la statistique.

J'estime que des recherches doivent être poursuivies dans cet ordre d'idées, bien que les dernières données admises sur la physiologie de la glande thyroïde ne permettent de donner que des explications très hypothétiques sur le mécanisme de l'action du thyroïde dans la thérapeutique des corps fibreux.

(*Soc. obst. et gyn.*)

107.— Traitement de l'urémie éclamptique.— M. le docteur A. Malbec indique les moyens suivants pour arrêter les attaques d'urémie éclamptique :

1° Pratiquer immédiatement une saignée de 300 à 500 grammes et renouveler cette intervention s'il est nécessaire.

2° Faire respirer des vapeurs de chloroforme jusqu'à ce que les convulsions soient arrêtées.

3° Administrer le lavement suivant :

R. Musc.....	0.50 centigr.
Hydrate de chloral.....	3 grammes.
Jaune d'œuf.....	n° 1.
Eau distillée.....	150 grammes.

4° Toutes les heures prendre une cuillerée à soupe de la potion suivante :

R. Bromure de strontium.....	4 grammes.
Sirop d'écorce d'orange amère...	50 —
Eau distillée.....	100 —

5° Tenir les jambes et les cuisses enveloppées dans la ouate recouverte de taffetas gommé.

Régime lacté absolu.

* * *

108.— Traitement des kystes de l'ovaire par incision vaginale.— Lorsqu'il s'agit d'un kyste uniloculaire et que sa situation trop profonde rend impossible son ablation par laparotomie, l'incision vaginale du kyste peut amener sa guérison complète, ainsi que le prouvent les observations de Néiéloff, du professeur Jastreboff et enfin celle de M. Lvoff. Il s'agissait, dans ce dernier cas, d'un kyste de l'ovaire gauche, dont la limite supérieure dépassait l'ombilic, dont le pédicule s'est tordu et le contenu a suppuré. A cause de l'immobilité complète du kyste, de sa situation profonde dans le bassin et en raison de la fièvre, on renonça à la laparotomie et on fit l'incision vaginale du kyste avec suture des lèvres de la poche kystique à la plaie vaginale, et drainage. Six semaines après, la malade était complètement rétablie et put quitter l'hôpital ; un mois après, le trajet fistuleux se ferma et quatre mois après l'opération, toute trace du kyste avait disparu.

L'auteur insiste sur ce point qu'il ne conseille ce procédé que pour

les kystes d'un certain volume et lorsqu'il y a des adhérences avec les méso-s ou les anses intestinales, se trouve tout entier dans le petit bassin, il convient d'extirper les kystes des dimensions d'une tête de fœtus, de préférence par le vagin (colpocystectomie complète), procédé employé dans plus de cinquante cas et toujours avec succès (*Gazette de Botkine*, 1895, n° 14.)



109. — La cornutine pour favoriser l'involution utérine. (KROHL. *Archiv für Gynaek.*, XLV, p. 44.) — Les recherches de Kobert, il y aurait dans le seigle des principes actifs : l'acide ergotinique, l'acide sphacélinique, l'acide cornutinique, appartient à la classe des alcaloïdes.

Suivant ce même auteur, l'acide sphacélinique et l'acide cornutinique sont les principes qui excitent la contraction utérine.

Krohl a fait entrer la cornutine dans la pratique cliniquement sous forme pilulaire à la dose quotidienne de 0,50 gramme. Le plus grand succès, même après les accouchements difficiles, a été de favoriser la régression utérine pendant les suites de couches.

Il recommande l'emploi de la cornutine chez les femmes pendant les premiers jours qui suivent l'accouchement.

L'involution utérine bien influencée par l'emploi de la cornutine est plus accentuée grâce à l'emploi de la cornutine. Le rétrécissement de volume du corps de l'utérus est surtout remarquable pendant les trois premiers jours du *post partum*. Dans ces conditions, l'expulsion des caillots de l'utérus se fait hâtivement.

La cornutine produit la fermeture du col utérin, ce qui est contraire à l'ergotine. Elle détermine l'apparition rapide du lait. Une chose remarquable, elle a une action évidente sur la température. Le ralentissement est caractéristique. La cornutine agit aussi sur l'influence sur la température des accouchées, sur la sécrétion du lait.

Les recherches cliniques de Krohl permettent de constater l'influence favorable de la cornutine sur l'involution utérine pendant les suites des couches.

(*Journal d'Accouch.*)



110. — Action thérapeutique du chloroforme pendant la parturition, par la D^r BEDFORD BROWN, M. D., Alexandria, Va. — Est-on justifiable d'administrer le chloroforme dans la parturition dans le seul but de soulager la douleur ?

Voici la première question qui se présente à notre considération. Je crois que l'on est justifiable, mais pas dans tous les cas. Par exemple, il se présente des cas où les douleurs sont légères, toutes les conditions favorables, le passage spacieux, le travail rapide, alors il est inutile. Mais chaque fois que le travail est lent, douloureux, difficile, je crois que son emploi est non seulement justifiable, mais qu'il serait inhumain de s'en abstenir. Cet avancé est basé sur le fait que les cas de mort par le chloroforme sont si rares, peut-être pas un pour des millions d'accouchements, que nous pouvons certainement risquer un si petit danger pour obtenir un si grand bien.

Je sais que plusieurs s'opposent, *in toto*, à son emploi, dans la parturition, mais je crois que c'est sans bonnes ni justes raisons.

La grande terreur des parturientes, c'est la douleur, et si on pouvait la supprimer, l'enfantement deviendrait un acte simple et facile. Quelques années avant l'emploi de l'anesthésie, dans ma pratique obstétricale, j'ai maintes et maintes fois assisté des femmes en proie aux douleurs de l'enfantement, j'ai écouté souvent avec angoisse leurs demandes de soulagement et dans ce supplice insupportable je les ai entendues gémir, gémissements qui se sont gravés si profondément dans ma mémoire que je ne les oublierai jamais.

Avec le chloroforme et la connaissance familière pratique que j'ai de son action, je ne suis plus le témoin ni la victime de scènes aussi douloureuses. J'ai, ces dernières années, essayé plusieurs succédanés du chloroforme pour le soulagement de la douleur dans la parturition, mais je n'en ai pas encore trouvé un seul. Je suis convaincu que c'est, entre tous, *l'anesthésique* spécialement approprié à l'accouchement. Il est propre dans son administration ; ne cause de congestion ni du cerveau ni des poumons, ni des reins, mais diminue d'une manière remarquable la tendance aux congestions cérébrales.

L'action du chloroforme favorise-t-elle la marche du travail ? — Je crois qu'en règle générale il la favorise. Je suis même convaincu que dans la grande majorité des cas, il diminue la durée de l'accouchement. Je sais que c'est l'opinion de quelques-uns que son action amoindrit la force des contractions utérines et retarde ainsi la marche de l'accouchement. L'expérience m'a prouvé qu'en même temps qu'il

soulage la douleur, son administration peut être graduée de manière à ne pas empêcher les contractions utérines. Aussi, agir sur l'écorce cérébrale seulement ou sur cette dernière et sur les fonctions réflexes de la moelle épinière sont deux choses tout à fait différentes. Ainsi on peut abolir la sensation sans affecter l'action réflexe. Je crois qu'en usant de soin et de jugement, on peut confiner l'action du chloroforme à l'écorce cérébrale seulement, siège de la sensation, et laisser intactes les fonctions réflexes et les contractions utérines.

Je n'ai pour m'appuyer en cette matière aucune statistique, mais mon expérience personnelle dans l'administration du chloroforme dans la puration me porte à croire que non seulement il rend le travail plus facile, mais, qu'en règle générale, il en rend la durée plus courte. Alors donc, si le chloroforme est capable de rendre le travail plus facile, plus supportable pour la parturiente et peut diminuer sa durée d'une heure, même d'une demi-heure, son administration est justifiable, lorsque nous prenons en considération les faibles risques encourus par son emploi.

Dans certains cas, je sais qu'il peut diminuer la durée du travail. Une de ces conditions, c'est la rigidité des parties molles, une autre c'est la contraction irrégulière de l'utérus, ou la contraction spasmodique de certaines fibres et le relâchement de certaines autres, toutes ces conditions pouvant retarder le travail indéfiniment. La contraction spasmodique de certaines fibres musculaires de l'utérus et le relâchement des autres n'est pas rare dans le travail de longue durée, et ressemble beaucoup aux contractions qui produisent l'*hour glass post-partum*. Le chloroforme est susceptible de régulariser les contractions utérines et de prévenir les contractions spasmodiques irrégulières et de cette manière de faciliter l'accouchement. Personne ne peut douter de sa puissance bien connue pour combattre et abolir la rigidité musculaire. Comme preuve, j'ai souvent observé, dans ma pratique, des cas de rigidité des parties molles, cas où le travail demeurerait stationnaire, une heure ou plus, ou même plusieurs heures et dès que le chloroforme était administré en assez grande quantité pour produire le relâchement musculaire, l'accouchement se terminait rapidement.

A quelle période de l'accouchement peut-on administrer le chloroforme ? — Pour soulager une douleur excessive on peut l'administrer à n'importe quelle époque du travail, mais pour provoquer le relâchement de la rigidité musculaire il est applicable dans la rigidité

extraordinaire du col de l'utérus et dans l'extrême rigidité du périnée lorsque la tête du fœtus commence à presser sur ces parties. Quand le but du chloroforme est de soulager la douleur seulement, il doit être donné en petite quantité au commencement de chaque douleur et discontinué quand la douleur est finie. Mais quand il s'agit de combattre la rigidité musculaire la parturiente doit être complètement sous son influence. Dans les cas de contraction excessive du col utérin ou de grande rigidité des tissus du plancher du bassin, les demi-mesures ne servent à rien. La parturiente doit alors être suffisamment anesthésiée pour suspendre, au moins partiellement, l'action réflexe, alors qu'on voit s'opérer la résolution musculaire complète, mode d'action analogue à celui qui s'observe à la réduction d'une dislocation.

Quand il y a compensation parfaite entre la force des contractions utérines et le relâchement musculaire dans un bassin normal, l'accouchement se fait rapidement, facilement et heureusement. Au contraire, quand cette compensation est altérée, quand, par exemple, la force contractile de l'utérus est affaiblie et qu'il existe une tension musculaire excessive du périnée, l'accouchement se fait avec douleur et avec lenteur. L'action du chloroforme dans cette classe de cas est de ramener, en diminuant la tension musculaire, la proportion normale entre la force de contraction utérine et la rigidité du bassin.

Laissant de côté les difformités congénitales ou celles causées par une maladie des os du bassin, on remarque que la grande majorité des accouchements difficiles et ennuyeux est due à la rigidité des plans musculaires du bassin et l'inefficacité des contractions utérines. Ces deux conditions existent souvent ensemble. D'après mon expérience personnelle dix-neuf interventions instrumentales sur vingt ont été nécessitées par la rigidité musculaire excessive du périnée. Dans ces cas particuliers, l'action du chloroforme a amené le relâchement du périnée, a diminué la résistance musculaire, a rétabli l'équilibre entre la force et la résistance sans diminution appréciable des contractions utérines.

Le chloroforme tend-il à diminuer les contractions utérines ? — Il n'y a aucun doute que le chloroforme peut être administré pendant le travail de manière à soulager la douleur et à laisser intact le pouvoir contractile de l'utérus, ou bien, de supprimer tout à la fois et la douleur et les contractions rythmiques de l'utérus, de même que suspendre le travail pour un certain temps.

La contraction rythmique de l'utérus est une fonction réflexe es-

sentielle, et l'on sait que les diverses fonctions nerveuses l'influence du chloroforme dans un ordre consécutif, — sensation, puis l'action réflexe et enfin l'action vaso-motrice fait, nous pouvons, comme règle, soulager les douleurs couchement sans altérer la force des contractions utérines obstétriciens pratiques ont observé des parturientes en l'influence du chloroforme, chez lesquelles il y avait abolie la douleur, tandis que les contractions rythmiques de l'utérus les symptômes d'un ténésme actif s'opéraient à merveille que c'est là le but idéal de l'anesthésie par le chloroforme le travail et je suis convaincu qu'il devrait toujours être de manière à soulager la douleur, tout en laissant intactes les réflexes. De plus, je crois que les fonctions réflexes, chez la femme, offrent beaucoup plus de résistance à l'action toxique du chloroforme que dans les cas ordinaires, et qu'il est plus difficile d'abolir. Aussi est-ce un avantage inappréciable de pouvoir continuer le chloroforme pendant le travail, simplement pour soulager la douleur et sans en interrompre la marche.

L'expérience m'a démontré que quand les contractions utérines suspendues par l'administration trop abondante du chloroforme la force contractile de l'utérus reprend avec une vigueur suffisante pour terminer le travail, dès que l'influence de l'anesthésie cesse.

L'action du chloroforme tend-elle à amener ou à empêcher l'hémorragie post-partum ? — Ceci constitue une des plus importantes questions en rapport avec l'action thérapeutique du chloroforme pendant l'accouchement. S'il tend à causer l'hémorragie, cela augmenterait les dangers de son emploi. D'après mon expérience personnelle je puis dire, qu'en maintes occasions, après l'avoir administré, il y a eu perte complète de connaissance au moment de la naissance de l'enfant. J'ai observé dans aucun cas une plus grande tendance à l'hémorragie, aucune difficulté plus grande dans la production des contractions fermes de l'utérus que quand il n'était pas employé.

Pour ce qui concerne cette question, je ne puis me prononcer que d'après mon expérience personnelle ; or toute expérience personnelle a une certaine valeur. D'après des autorités compétentes l'action du chloroforme sur la circulation est de faire contracter les vaisseaux. C'est ce que j'ai observé dans ma pratique chirurgicale.

L'anesthésie chloroformique profonde diminue certainement l'hémorragie chirurgicale. Dans mes cas de traumatismes du crâne et du cerveau, j'ai observé que sous l'influence du chloroforme il y avait toujours une diminution notable de l'hémorragie cérébrale. Donc, s'il est vrai que le chloroforme fait contracter les vaso-moteurs, il me semble que la conclusion est facile à tirer.

L'action du chloroforme dans la parturition tend-elle à prévenir ou à favoriser les déchirures du col de l'utérus ou du périnée ? — Les lacérations sont-elle plus fréquentes avec le nouveau mode de délivrance sous l'anesthésie ou avec le vieux système sans anesthésie ? Je n'ai pas de statistiques exactes pour me guider en cette matière ; mais je vous dirai ici que j'ai pratiqué et l'ancienne et la nouvelle méthode, et je suis en état d'affirmer positivement que tous mes cas de déchirure grave du col de l'utérus et du périnée ont eu lieu quand le chloroforme n'avait pas été employé. Beaucoup de déchirures très graves de ces parties se sont produites dans des cas où l'accouchement s'était fait avant mon arrivée. Je suis assurément d'opinion que le relâchement complet des plans musculaires du plancher du bassin constitue le plus sûr moyen contre les accidents de ce genre et je ne connais aucun agent autre que le chloroforme capable d'amener cet extrême relâchement du tissu musculaire et de mettre de la sorte la parturiente dans une condition plus favorable à prévenir les déchirures. Permettez-moi de vous rapporter brièvement le cas de Mad. T., une jeune femme qui eut au cinquième mois de sa grossesse, un avortement accidentel. Je fus appelé à peu près huit heures après, et je constatai une rétention du placenta. Il y avait rigidité excessive du périnée et une forte contraction des parois du vagin. Le vagin était étroit et le col utérin fortement contracté sur le cordon ombilical procident. Je résolus alors de mettre la malade complètement sous l'influence du chloroforme dans l'espérance de produire un relâchement suffisant des parties molles pour me permettre d'introduire les doigts dans l'utérus et d'en extraire le placenta adhérent. Pendant que la patiente était dans un sommeil profond, je trouvai, à ma grande surprise, un relâchement complet du périnée, du vagin et du col. Ces tissus se trouvèrent dans une condition telle d'extrême flaccidité que je pus parfaitement bien passer la main non seulement dans le vagin, mais encore dans l'utérus, également flasque, saisir le placenta, en défaire les adhérences et le retirer en entier. Sans chloroforme, cette opération n'aurait pu se faire. Dans le cours de ma vie professionnelle, j'ai

eu l'occasion d'expérimenter de nombreuses méthodes proposées par différentes autorités pour prévenir les déchirures du périnée. Toutes m'ont paru plus ou moins défectueuses, quelques-unes tout à fait inutiles. Depuis quelques années la méthode qui m'a donné le plus de satisfaction est celle qui consiste à distendre le périnée en introduisant les doigts dans le vagin et en exerçant des tractions forcées vers le rectum de manière à maintenir un relâchement continu du périnée jusqu'à ce que la tête du fœtus vienne presser sur lui, il est alors le plus souvent suffisamment distendu. La parturiente est alors maintenue sous l'influence de l'anesthésique jusqu'à ce que la tête commence à dépasser la vulve alors qu'on en cesse l'administration. Pour moi, cette dilatation mécanique du périnée, combinée à l'effet résolutif de l'anesthésique, a été le moyen de prévenir plus de déchirures que par aucune autre méthode.

En terminant, je puis dire avec franchise qu'après une longue et heureuse expérience de l'emploi du chloroforme en accouchement, je crois qu'il constitue un bienfait non seulement pour la parturiente, mais aussi pour le médecin. Quelle vie lugubre, ennuyeuse et répugnante serait celle du médecin, s'il n'avait les moyens de soulager la douleur. Cependant depuis des siècles et des siècles la femme en proie aux douleurs de l'enfantement devait se résigner à de terribles tortures, sans espoir d'être soulagée avant la fin de l'accouchement.

Pendant le demi-siècle qui vient de s'écouler, la profession médicale a émerveillé tout le monde civilisé par ses découvertes et ses perfectionnements ayant pour objet de soulager la souffrance humaine, d'améliorer la santé et de prolonger la vie, et elle a droit de s'enorgueillir des résultats obtenus. La découverte du chloroforme est certainement un des plus grands bienfaits de la science.

(*Un. méd. du Canada.*)

* * *

111. — Rappel à la vie, après cinq heures d'insufflation, d'un nouveau-né en état de mort apparente, par MM. BOSVIEUX et DAVID, externes des hôpitaux (1). — Le 28 mars, à 9 heures du matin, au moment où, avec M. Bosvieux, nous prenions le service à la Maternité, un accouchement venait d'avoir lieu.

Un enfant, à terme, du sexe masculin, pesant 2,500 gr., s'était présenté avec procidence du cordon ; il était flasque, rendait du méco-

(1) Communication de la Société anatomo-clinique.

nium en abondance et ne présentait aucune manifestation vitale. L'auscultation et la palpation ne révélaient rien et aucun mouvement ne se produisait.

f. Après une vigoureuse flagellation qui n'amène aucune rougeur à la peau, M. Monestié, interne du service, croit sentir les battements du cœur et fait coup sur coup deux injections d'éther de 1/3 de seringue de Pravaz environ. Il pratique en même temps la respiration artificielle avec alternative d'immersions froides et chaudes. L'enfant reste dans le même état, ses lèvres deviennent violacées ; on perçoit toujours les battements du cœur par l'auscultation et la palpation. Il est 10 heures 1/2.

Nous introduisons alors le tube de Chaussier dans le larynx et en nous relayant à un quart d'heure d'intervalle nous pratiquons la respiration artificielle. Les insufflations sont faites à peu près régulièrement à 5 secondes d'intervalle. Le corps devient rosé en peu de temps et on aperçoit successivement le battement des carotides, puis un soulèvement dans la région hépatique, isochrone aux battements du cœur.

A 11 heures, M. Bosvieux injecte une demi-seringue d'éther et on continue l'insufflation. Un quart d'heure après l'enfant fait un mouvement respiratoire spontané ; en même temps le réflexe pharyngien apparaît. Ce premier mouvement est bientôt suivi de plusieurs autres. On retire alors la canule et on recommence les immersions froides et chaudes avec respiration artificielle. Après quelques minutes d'application de ce nouveau procédé le corps redevient pâle ; nous combinons la respiration artificielle et les tractions rythmées de la langue. Malgré cela le corps reste pâle et les muqueuses redeviennent violacées.

Nous remettons alors à midi le tube à insufflation et nous recommençons. Un quart d'heure suffit pour ramener quelques mouvements respiratoires spontanés qui augmentent bientôt et se succèdent à 5 ou 8 secondes d'intervalle. Le réflexe pharyngien disparu pendant le changement de procédé reparait de nouveau. A l'aide d'une petite boule d'ouate nous écouvillonnons le tube qui est rempli de mucosités et nous pénétrons à 9 centimètres au-dessous de l'arcade dentaire ; nous retirons un peu de mucus sanguinolent.

Vers une heure de l'après-midi, les mouvements respiratoires spontanés alternent avec les insufflations et sont en moyenne de 12 par minute, puis montent dans l'heure suivante à 14, 18 et 25. Le cœur

bat régulièrement à 80 pulsations ; les inspirations sont profondes et l'expiration se fait par contraction clonique du diaphragme. A ce moment, l'enfant crispe ses doigts sur les objets mis dans sa main et fait quelques mouvements des bras ; le cœur bat à 97, la respiration est de 26 par minute : on l'enveloppe alors d'ouate et de bouillottes et on le place dans son berceau. Il est 3 heures de l'après-midi.

L'interne de service, muni d'oxygène pris à la Faculté des sciences, fait quelques inhalations qui sont continuées régulièrement toutes les dix minutes jusqu'à 4 heures.

L'état reste ainsi jusqu'à 6 heures du soir. A ce moment on donne à l'enfant quelques cuillerées de lait dont la plus grande partie s'écoule au dehors. Nous constatons qu'il continue à respirer. A 6 heures 1/2 nous sommes appelés en toute hâte, l'enfant avait cessé de vivre : le cœur ne battait plus, la respiration était suspendue, le corps flasque et violacé. De nouvelles tentatives d'inhalation et de respiration restent sans résultat. Du lait mélangé à un peu de sang sort par les narines.

Nous avons pu, le lendemain, pratiquer l'autopsie. Nous avons trouvé à l'ouverture de la cavité buccale un magma sanguinolent formé par des caillots de lait occupant l'arrière-gorge et recouvrant l'épiglotte.

Le larynx présentait une ecchymose double, latérale, de chaque côté des cordes vocales supérieures et une autre de 4 centimètres environ occupant la partie antérieure de la trachée.

Dans les bronches nous avons trouvé un peu d'écume sanguinolente. Les poumons étaient normaux, crépitant à la pression et présentaient quelques bulles d'emphysème en avant et à droite dans le lobe moyen,

Le foie et la rate étaient congestionnés.

L'estomac et l'œsophage étaient vides.

A l'examen du cerveau, nous avons constaté que les sinus et les veines étaient remplies de sang. La région pariétale gauche était le siège d'une hémorragie occupant l'étendue d'une pièce de un franc. Il y avait une hémorragie punctiforme à la surface de la protubérance, et le bulbe, violacé, présentait un piqueté hémorragique analogue à la partie postérieure droite, sur une coupe transversale au niveau du calamus.

L'éther a produit sur le cœur de l'enfant une action énergique ; il a été éliminé ensuite par les voies respiratoires comme en témoignait chaque inspiration de l'enfant.

L'insufflation nous a donné ici un résultat favorable alors que le procédé préconisé par M. Laborde et les bains ont semblé au contraire atténuer le bon résultat obtenu dès les premiers instants. Peut-être aurions-nous pu aboutir par ce moyen, en persévérant, mais nous avons préféré recourir à un mode d'action qui nous avait réussi dès le début.

La mort paraît avoir été le résultat d'une alimentation trop hâtive : aucun mouvement de déglutition ne s'était accompli, le lait introduit a formé par son caillot un obstacle à la respiration. Il est probable du reste que les lésions constatées au bulbe dans le voisinage du bec du calamus n'auraient pas permis une existence de longue durée.

Dans un nouveau cas de ce genre, nous n'hésiterons pas à recourir au même procédé, en ayant soin d'envelopper l'enfant d'ouate plus tôt que nous ne l'avons fait. Il serait bon aussi de maintenir, autant que possible, la canule à insufflation dans la trachée, de façon à éviter les traumatismes, si faciles à produire et si dangereux dans cette région.

Enfin quel que soit le procédé employé, il faut, croyons-nous, le pratiquer avec persévérance pour arriver à un résultat.

* * *

112. — Dilatation du col de l'utérus contre les vomissements incoercibles de la grossesse (procédé de Copeman), par RICARD. (*Thèse de Paris* 1895.) — Avant de se décider à provoquer l'avortement, il est indiqué de recourir à la dilatation du col. Il est possible que les vomissements s'arrêtent et que la grossesse continue son cours. Si les vomissements continuent, on pourra à bref délai recourir à l'avortement provoqué. Si celui-ci est le résultat de la dilatation du col, le résultat sera encore bon, puisqu'on aura pratiqué cette intervention alors qu'il n'y aurait eu à choisir qu'entre le procédé de Copeman et l'avortement.

FORMULAIRE

De l'efficacité de l'antipyrine dans le vertige chez les utéro-gastriques.

(JULES CHÉRON.)

Nous avons observé, chez des malades atteintes d'affections utérines compliquées de troubles gastriques divers tels que : dyspepsie atoni-

que, dilatation de l'estomac, hypochlorhydrie, ou de gastralgie plus ou moins intense, avec exacerbation menstruelle, etc., des vertiges qui, pour n'être pas très complets n'en étaient pas moins rebelles à la thérapeutique ordinaire. Il s'agit, dans les cas auxquels je fais allusion, de sensations vertigineuses n'allant pas jusqu'à la perte complète de connaissance, mais obligeant les malades à s'asseoir immédiatement, dans l'impossibilité de continuer leur marche, puis disparaissant après un moment de repos pour reparaitre quelquefois une demi-heure ou une heure plus tard.

Ces sensations vertigineuses n'étaient pas influencées par l'heure des repas et ne cédèrent ni au régime approprié à l'état gastrique constaté, non plus qu'aux diverses préparations eupeptiques conseillées dans les cas de vertige gastrique : cachets de Trousseau, pepsine, pancréatine, etc.

Elles ne diminuaient pas, d'autre part, d'une façon manifeste, à mesure que le traitement de l'affection utérine améliorait l'état de l'appareil génital ; dans les déviations de l'utérus en particulier, la reposition de l'organe et son maintien en position normale ne faisaient pas disparaître le vertige en question.

Dans ces conditions, nous avons obtenu des résultats très satisfaisants par l'emploi de l'antipyrine à dose fractionnée :

Antipyrine..... 5 grammes.
en vingt cachets.

Prendre 4 cachets à 1/4 d'heure d'intervalle.

Dès le premier jour, les vertiges cessent temporairement.

Si, le lendemain, le vertige reparait, ce qui est la règle, on prend de nouveau 4 cachets d'antipyrine.

Nous avons eu des malades qui, après dix ou quinze jours de traitement, ont vu cesser leur vertige pendant plusieurs mois. Si une rechute se produisait, il suffirait de revenir, pendant deux ou trois jours, à l'usage de l'antipyrine, pour obtenir de nouveau une période de calme plus ou moins longue.

L'action analgésique bien connue de l'antipyrine permet de comprendre que l'emploi de ce médicament donne de bons résultats, en calmant le point de départ (gastrique ou utérin) du réflexe qui produisait le vertige un peu spécial dont nous venons de parler.

Directeur-Gérant, D^r J. CHÉRON.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

LES DANGERS DE L'EMPLOI DE LA MORPHINE EN GYNÉCOLOGIE.

Tel est le titre d'un important mémoire lu par le D^r MACNAUGHTON JONES à la séance de mars dernier de la *British gynæcological society* (1).

Cela repose un peu des discussions habituelles sur les meilleurs modes de traitement du pédicule après l'hystérectomie abdominale ou sur tel ou tel procédé plus ou moins définitif d'hystérectomie vaginale. La question est d'ailleurs d'une très grande portée pratique, comme toutes celles — encore mal mises au point — qui touchent d'une part à la pathologie nerveuse et d'autre part à la gynécologie.

Mon maître, M. CHÉRON, exposait récemment (2), avec un grand sens clinique, une des parties les plus intéressantes de ce sujet, en discutant le rôle restreint que devait avoir l'intervention chirurgicale dans le traitement des ptoses utérines et vaginales, chez les neurasthéniques.

J'ai moi-même (3) insisté, il y a plus de deux ans, sur le

(1) *British gynæcological Journal*, mai 1895, p. 36.

(2) J. CHÉRON. De l'importance du traitement des ptoses viscérales avant ou après intervention chirurgicale chez les malades atteintes d'affections utérines. *Revue des maladies des femmes*, sept. 1895.

(3) J. BATUAUD. Séméiologie et traitement des grandes névralgies pelviennes, *Revue des maladies des femmes*, janvier 1893.

rapport étroit qui existe entre l'hystérie et la neurasthénie et ce qu'on a dénommé les grandes névralgies pelviennes ; j'ai essayé de démontrer l'inutilité et le danger des grandes interventions mutilantes, dans les cas de ce genre, en même temps que je proscrivais rigoureusement l'emploi des injections sous-cutanées de morphine, chez ces malades destinées à devenir presque fatalement des morphinomanes plus ou moins incurables, à partir du jour où on a eu l'imprudence de les familiariser avec la seringue de Pravaz. Ce sont, sur ce dernier point, des idées analogues que défend M. MACNAUGHTON JONES, dans le mémoire que nous allons analyser.

L'abus de la morphine, en thérapeutique, a causé, dit l'auteur un bien plus grand nombre de décès que son emploi dans un but de suicide.

Ce sont les névropathes qui sont prédestinées à devenir des morphinomanes, parce qu'elles ont perdu leur « self control », ou que, tout au moins, elles sont beaucoup moins maîtresses de résister à leurs impulsions, alors même qu'elles en comprennent le danger. C'est pour calmer la douleur qu'on emploie la morphine, mais la persistance ou le retour de la douleur entraîne la répétition des injections de morphine et l'habitude morbide s'établit. La douleur fit elle-même défaut, que la malade continue l'emploi du médicament pour obtenir les sensations de bien-être qu'il leur procure.

Suit une longue énumération des principaux travaux publiés sur la morphinomanie et le morphinisme que nous ne pouvons reproduire ici.

Après avoir rappelé les conséquences habituelles de la morphinomanie : accentuation et aggravation des troubles de l'état mental spécial aux névropathes, amoindrissement progressif de la volonté, perversion morale, apathie psychique, etc., perturbation des fonctions digestives, troubles de la miction, amblyopie, diplopie, troubles de l'accommodation, diminution

des réflexes, perte de la mémoire, glycosurie, hypertrophie, sclérose et dégénérescence graisseuse du myocarde, etc., l'auteur insiste sur les troubles de la fonction menstruelle : irrégularité ou même suppression des règles, stérilité consécutive. Dans le cas de grossesse, le fœtus lui-même est atteint dans sa vitalité, sans parler des avortements qui peuvent être la conséquence de l'abus de la morphine.

Ce sont précisément les malades qui deviennent le plus facilement morphinomanes qui présentent les phénomènes douloureux pour lesquels on est tenté d'employer la morphine et qui, du reste, importunent le plus le médecin pour qu'il en fasse usage. Dès qu'une ordonnance de morphine est entre leurs mains, elles savent en tirer parti pour satisfaire leur passion et, au besoin, la communiquer aux personnes de leur entourage.

Il ne faut pas oublier non plus que l'on ne doit pas recourir à la morphine, après les opérations abdominales, sans nécessité absolue, et qu'il est de beaucoup préférable de n'en jamais faire usage.

En résumé, les praticiens ne savent pas assez quelle responsabilité ils prennent en se servant de la morphine pour soulager les douleurs, dans les maladies des femmes. Il est du devoir strict du médecin de bien distinguer les cas dans lesquels la morphine peut être ordonnée sans danger de ceux qui entraînent avec eux des grands risques de morphinomanie. On ne permettra jamais à la malade de pratiquer elle-même les injections hypodermiques et ce n'est que très exceptionnellement qu'on pourra confier ce soin à une personne de son entourage. Il ne faut formuler qu'une très petite quantité de solution à la fois, et les pharmaciens devraient être légalement forcés à ne jamais délivrer une solution sur une ordonnance qui ne soit pas de date tout à fait récente. Il faut surveiller de très près, spécialement quand on répète les injections, les phé-

nomènes déterminés par la morphine et en cesser l'emploi dès que l'on voit apparaître les symptômes d'un début d'intoxication.

Nous avons dit, plus haut, quelles étaient, pour nous, les grandes contre-indications de la morphine, dans les maladies des femmes.

La morphine peut cependant être utilisée, dans les périodes ultimes du cancer utérin inopérable. Dans ce cas, il paraît inhumain de laisser souffrir, sans essayer de les soulager, ces malades que nous sommes totalement impuissants à guérir. Encore est-il bon de donner la morphine d'une façon méthodique, pour éviter d'accroître trop rapidement les doses de médicament injecté chaque fois. Le meilleur moyen, à notre connaissance, et comme nous l'avons vu faire depuis longtemps à notre maître, le D^r CHÉRON, est de faire très régulièrement les injections hypodermiques toutes les six heures, en commençant par des doses faibles (de cinq à six milligrammes par exemple) et en n'augmentant la dose que le plus lentement possible. Grâce à la régularité dans l'emploi de la morphine, on arrive à diminuer considérablement les douleurs des cancéreuses sans avoir besoin de forcer les doses. Si la morphine déterminait une dépression marquée des forces, l'adjonction des transfusions hypodermiques de sérum artificiel aux injections de morphine permettrait de combattre les effets dépressifs de ce médicament tout en lui laissant toute son action sédative de la douleur.

Dans les phases aiguës des salpingo-péritonites, on doit également recourir aux injections sous-cutanées de morphine pour combattre la douleur, donner du calme aux malades, leur procurer un sommeil réparateur et immobiliser l'intestin, autant d'indications urgentes à remplir. Mais là, encore, il faut faire méthodiquement les injections toutes les six heures, à aussi faible dose que possible. Dès que la période aiguë est passée,

la morphine doit être supprimée sans hésitation et sans faiblesse. L'emploi simultané ou consécutif des transfusions hypodermiques du sérum artificiel facilite beaucoup cette suppression, ainsi que cela a été exposé dans plusieurs articles de ce journal.

En dehors de ces deux cas, la morphine ne doit qu'exceptionnellement être employée en gynécologie ; elle est surtout formellement contre-indiquée, répétons-le encore une dernière fois, dans les douleurs plus ou moins vives des névrophates atteintes de ces petites lésions utéro-pelviennes que l'on trouve associées aux grandes névralgies pelviennes et que nous avons étudiées dans un précédent travail.

Jules BATUAUD.

HYPERGLOBULIE INSTANTANÉE

et neurasthénie vasculaire,

par le D^r J. CHÉRON, médecin de Saint-Lazare (Paris) (1).

(Communication faite au Congrès de Bordeaux, août 1895).

Pendant cette longue période de huit années (1883-1891), ou j'ai fait sans relâche des recherches sur l'état de la tension artérielle, dans ses rapports avec l'état de la vitalité, j'ai été amené à constater un nombre considérable de fois, l'élévation de la tension artérielle après l'injection hypodermique de sérum artificiel, même à la dose minima de cinq centim. cubes, quelle que fut la composition, non toxique cependant, de ce sérum.

Dès l'année 1886, je m'étais demandé quelles modifications devaient subir le nombre des globules, leur morphologie et le taux de l'hémoglobine, dans cette élévation parfois énorme et toujours instantanée de la tension artérielle ? J'instituai alors, une série de recherches qui me conduisirent au résultat intéressant que je vais exposer.

(1) Cette communication n'est autre chose que la note lue à l'Institut (Ac. des sciences) il y a quelques jours, par notre vénéré maître, M. le Professeur Potain, note à laquelle j'ai donné un certain développement.

Après avoir fait choix de sujets anémiques présentant à la base du cœur et au premier temps, le souffle doux caractéristique de l'aglobulie, je faisais à l'aide des moyens dont dispose la technique de l'analyse microscopique du sang, la numération des globules, l'examen du volume relatif de ces mêmes globules et la détermination du taux de l'hémoglobine.

La tension artificielle à la radiale était prise avec le plus grand soin à l'aide du sphygomètre Verdin-Chéron.

Aussitôt l'analyse terminée et la tension enregistrée, cinq centim. cubes du sérum artificiel le plus élémentaire, c'est-à-dire une solution d'eau salée à 1 pour % étaient introduits dans l'organisme par la voie hypodermique.

Cinq à six minutes après, la tension artérielle prise de nouveau à la radiale, dans les mêmes conditions, s'était élevée d'une notable façon et l'analyse du sang, faite de nouveau, démontrait qu'une augmentation considérable du nombre des hématies et du taux de l'hémoglobine avait eu lieu corrélativement. Quant au diamètre des globules il mérite une mention spéciale attendu que les modifications volumétriques des hématies se sont toujours montrées sous différents aspects, suivant le degré d'aglobulie auquel nous avons eu affaire.

Voici entre toutes, prise au hasard et résumée une des expériences que j'ai faites dans mon service de Saint-Lazare, sur une anémique âgée de 24 ans.

Cette femme est simplement atteinte d'urétrorrhée, elle est très pâle, on entend à la base du cœur un souffle doux caractéristique.

Sa tension artérielle est de dix centim. de mercure.

Le nombre des globules rouges est de 2,130,000 par m. m. c. à l'hématimètre et la teinte du chromomètre flotte entre 2 et 3.

Quant aux globules, ils sont tous du diamètre moyen, tous à peu près égaux.

Aussitôt faite cette détermination de la tension artérielle, du nombre des globules, du taux de l'hémoglobine et du diamètre des hématies, nous constatons encore que le nombre des globules blancs est resté normal (1 à 2 par champ) et nous injectons sous la peau cinq centim. cubes de la solution salée, au centième, dont nous parlions tout à l'heure.

La tension artérielle prise de nouveau, dans les quelques minutes qui suivent, est montée en huit minutes à 14 centim. de mercure au sphygmomètre.

Dès lors, une fois constatée cette ascension de quatre centimètres, on recommence, sans perdre une minute, la numération des globules, on cherche la teinte du colorimètre et on étudie les variations morphologiques des globules.

Six champs ont été comptés, comme précédemment et leur moyenne a donné 4,020,000.

La teinte du colorimètre est représentée par le numéro 7 au lieu du numéro 3.

On distingue déjà des globules de diamètre différent ; dans quelques heures, si l'élévation de la tension artérielle persiste, la différence s'accentuera davantage.

J'ajoute que le bruit de souffle a totalement disparu.

Ainsi, nous voyons en quelques minutes, se produire un phénomène véritablement étrange, tout à fait paradoxal, c'est-à-dire une augmentation de 1,890,000 globules rouges, sous l'influence de l'introduction sous la peau de cinq cent. cubes d'une solution d'eau salée au 100°.

Or, la nature du liquide ne change rien aux conditions de l'expérience, le résultat est toujours le même, à la condition que le liquide ne soit pas toxique.

Cette expérience, je l'ai répétée un grand nombre de fois en présence des confrères qui me font l'honneur de venir suivre mes recherches. Elle a été répétée, avec le même succès, par quelques hématologistes.

Cependant, il est bon d'appeler l'attention de ceux qui voudraient la refaire, sur quelques causes d'erreur qui pourraient dénaturer cette curieuse expérience.

Il faut agir rapidement car, il arrive que l'action sur le système circulatoire, la première fois surtout, ne soit que passagère ; mais, lorsque plusieurs injections hypodermiques se sont succédées le résultat est durable.

Une autre cause d'erreur qu'il faut éviter c'est l'émotivité du sujet en expérience. La vue des instruments, le nombre des assistants troublent les impressionnables et, sous cette influence, la tension artérielle subit des modifications, qu'il n'y a pas lieu d'étudier ici, modifications qui dénaturent absolument les résul-

tats. Il faut expliquer au sujet ce qui va se passer, lui dire qu'il n'y a aucun mal à lui faire ; on peut même l'amener plusieurs fois, dans le laboratoire avant de faire l'expérience. On se contente, alors, de prendre la tension artérielle et de juger si l'émotion du sujet est suffisante à la modifier.

Ce n'est pas seulement dans les cas où on injecte sous la peau un liquide plus ou moins inerte qu'on observe cette hyperglobulie instantanée que je viens de signaler.

En effet, des frictions sèches faites sur la peau d'un aglobulique, la douche froide ou chaude (Winternitz), l'étincelle de la machine statique, le pinceau faradique, le courant continu, le massage (John Mitchell) augmentent le nombre des globules rouges.

Il y a lieu de rapprocher de ces expériences, les observations de Viault en France et de Mercier (de Zurich) sur l'augmentation du nombre des globules chez l'homme et chez les animaux qui gagnent les altitudes. Ces observateurs ont vu sur les hauts plateaux, notamment dans les Cordillères (Viault) à une hauteur de 4,392 mètres, les globules rouges du sang de l'homme atteindre le chiffre de 8,000,000.

Cette augmentation des globules rouges se fait, dit Mercier, comme une sorte d'explosion en même temps que l'on s'élève et la chose est bonne à noter dans l'explication physiologique que nous donnerons du phénomène. Viault et Mercier non plus que les autres observateurs ne parlent pas des modifications subies par la tension artérielle.

Nous voyons d'après cela que l'ascension des montagnes et l'air vif des hauts plateaux agissent sur le nombre des globules rouges comme l'injection hypodermique de sérum artificiel, comme les frictions sèches, la douche, l'étincelle électrique, le massage, etc., c'est-à-dire en produisant une hyperglobulie qu'on peut dire instantanée.

Quelle interprétation plausible pouvons-nous donner de ce phénomène étrange, de ce phénomène que tout à l'heure nous disions paradoxal ?

Dès 1882, Paul Bert avait signalé l'augmentation de la capacité du sang pour l'oxygène, à une altitude de 1.700 mètres, sans

chercher à en donner une explication physiologique. Mais les observateurs Viault et Mercier, Kœppel et Wolff qui constatèrent l'augmentation du nombre des globules rouges sous l'influence de l'altitude donnèrent l'explication suivante : dans l'air raréfié, le sang ne pouvant être suffisamment saturé d'oxygène, la nature se charge, par une hyperglobulie rapide, de mettre le sang en état de se saturer d'oxygène dans la mesure habituelle.

Cette augmentation des globules rouges s'expliquerait par un retour dans la circulation des globules tenus en réserve dans les annexes de l'appareil sanguin !

M. Grawitz, qui a combattu cette hypothèse, accuse l'émission plus grande de vapeur d'eau par l'organisme, émission qui croît avec l'altitude, de produire l'hyperglobulie, la tension de la vapeur d'eau dans l'atmosphère diminuant plus rapidement que la pression atmosphérique.

M. Zuntz, à la Société médicale de Berlin (10 juillet dernier), a repoussé l'explication de M. Grawitz en faisant observer que si l'hyperglobulie instantanée tenait à la diminution de l'eau du sang, les autres tissus participeraient également à cette déshydratation, et le corps tout entier perdrait, aussi, rapidement 7 à 8 kilogr. de son poids, ce qui ne s'est présenté dans aucun des cas rapportés par les différents observateurs.

D'après ces observations, et surtout d'après l'expérience fondamentale que j'ai exposée au commencement de cette communication, une seule interprétation me semble plausible et devoir répondre à toutes les objections.

La mise en lumière de la modification subie par la tension vasculaire permet d'affirmer que, sous l'influence de la stimulation immédiate imprimée au système nerveux central par l'injection hypodermique, stimulation que j'ai longuement démontrée dans mon travail sur l'hypodermie, l'appareil vasculaire réagit tout entier comme en témoigne la disparition du bruit de souffle et l'élévation de la tension artérielle ; le cœur gagne de l'énergie, son impulsion est plus forte, ses bruits sont mieux frappés, la tunique musculaire se contracte, la capacité totale du système circulatoire diminue, la masse liquide du sang fortement comprimée s'échappe dans les tissus périvasculaires, et les globules rouges, baignant dans une quantité de liquide beaucoup moins

dre, apparaissent beaucoup plus nombreux dans un espace donné.

Ce que montre l'hématimètre n'est donc pas une hyperglobulie subite, c'est, tout simplement, le résultat de la concentration du sang sous l'influence de l'élévation de la tension artérielle.

Il y a donc lieu de croire qu'il n'existe pas d'hyperglobulie instantanée vraie sous l'influence de la stimulation des surfaces sensibles, non plus que sous l'influence de l'ascension des montagnes et de l'air vif des hauts plateaux et que le phénomène se réduit à une simple diminution instantanée de la capacité du système circulatoire sous l'influence d'une stimulation périphérique.

Ce relâchement d'ensemble de l'appareil circulatoire qui produit l'hypoglobulie apparente, relâchement que j'ai particulièrement étudié chez les déprimés du système nerveux, me paraît être absolument comparable aux autres distensions des muscles creux de l'économie et, pour tout dire, aux ptoses des neurasthéniques.

La mollesse de l'impulsion cardiaque, la baisse de la tension artérielle et l'hypoglobulie apparente consécutive constituent, à mon sens la ptose spéciale à l'appareil circulatoire, *la Neurasthénie vasculaire*.

Un grand nombre d'anémies sont, à coup sûr, justiciables de cette interprétation nouvelle car, il est à remarquer que, aussitôt l'hypoglobulie transformée en hyperglobulie, et la tension artérielle ramenée à la normale l'activité de toutes les fonctions s'exerce avec une énergie qui explique la réparation globulaire consécutive dont j'ai dit quelques mots au cours de cette communication.

Cette question fera d'ailleurs l'objet d'un nouveau travail, basé sur de nombreuses expériences.

Au point de vue du traitement de l'anémie, nous serons en droit de conclure que, cette hyperglobulie dont nous comprenons maintenant le mécanisme physiologique, se transformera aisément en hyperglobulie relative sous l'influence des moyens mécaniques énumérés précédemment, moyens qui en stimulant le système nerveux central par l'intermédiaire des surfaces sensibles périphériques ramèneront en même temps la tension artérielle à la normale.

De tous les moyens mécaniques dont nous jugeons l'emploi

particulièrement utile dans le traitement des anémies, celui qui nous a servi à faire la démonstration précédente est d'un emploi facile, et pour le malade et pour le médecin. Bien dirigé, ce moyen ne produit point de surmenage thérapeutique ; sauf l'état de fièvre il ne présente aucune contre-indication et le résultat thérapeutique qu'il amène, apparaît presque aussi rapidement que l'hyperglobulie instantanée qu'il détermine.

TRAITEMENT DE LA SEPTICÉMIE PUERPÉRALE⁽¹⁾

par le D^r F. VERCHÈRE,
Chirurgien de St-Lazare.

—

Sans entrer dans l'histoire complète de la septicémie puerpérale, ce qui serait bien imprudent à moi, chirurgien, je veux seulement énoncer l'opinion que j'ai pu me faire d'après les faits pour lesquels j'ai été appelé à intervenir. Il est *trois variétés cliniques* absolument distinctes de septicémie puerpérale, qui peuvent toutes deux se comparer, se superposer pourrais-je dire, à l'infection épi-traumatique que nous rencontrons à chaque pas en chirurgie. L'une légère, à peine perceptible par ses symptômes ; c'est ce que, à tort, on appelait la fièvre de lait — l'analogue de notre ancienne fièvre traumatique du troisième jour. L'autre est la septicémie puerpérale sans localisation, d'emblée généralisée, analogue à la septicémie chirurgicale, et enfin la troisième est la septicémie puerpérale à suppuration multiple, à abcès métastatiques, à arthrites purulentes, identiques à ce qu'était notre ancienne infection purulente.

De ces trois variétés bien connues je ne dirai rien au point de vue clinique ; au point de vue symptomatique, elles ont été trop complètement et trop exactement décrites pour que je veuille essayer d'en tracer de nouveau le tableau devenu classique. Je veux me limiter exactement à la question proposée, au traitement de la septicémie puerpérale.

Ce traitement devra lui aussi se calquer sur ce qui a été fait pour la septicémie chirurgicale et de même que celle-ci a disparu

(1) Communication au Congrès d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux.

en chirurgie, de même il est de toute évidence que les mêmes procédés la feront disparaître de l'obstétrique.

Je ne veux pas entrer dans l'efficacité de la thérapeutique prophylactique de la septicémie puerpérale. C'est un fait acquis sur lequel il n'y a pas à revenir. Je me contenterai d'indiquer la méthode que j'ai suivie depuis déjà une dizaine d'années dans tous les accouchements que j'ai eu à surveiller.

A quelle idée ai-je obéi en agissant comme je vais le dire ? A la même qui m'a fait, au début de cette communication, comparer la septicémie puerpérale à la septicémie chirurgicale. L'accouchée est dans les mêmes conditions qu'une opérée. Aussi, mêmes précautions doivent être prises que l'on prend pour une opérée. Si l'on peut voir la future accouchée dans les jours qui précèdent l'accouchement, je lui fais prendre les mêmes précautions que l'on fait prendre à une opérée. Lavages chaque jour de la région, injections intra-vaginales avec solution de sublimé efficace, c'est-à-dire à 1 0/00, purgatifs légers, lavements, etc. Si la parturiente s'y soumet sans répulsion, si elle peut être examinée et soignée chaque jour, j'introduis volontiers tous les jours ou tous les deux jours, dans la semaine d'attente de l'accouchement, un tampon de gaze iodoformée. En somme, je le répète, mêmes précautions préliminaires que l'on observe chez une malade à qui l'on doit faire une hystérectomie vaginale par exemple. Précautions exagérées, me dira-t-on, je le veux bien pour certains cas ; il est certain qu'une femme saine dont le col est normal, qui n'a point d'infection endocervicale ou vaginale, pourra se contenter des précautions aseptiques qu'a prises la nature pour assurer un accouchement normal. Mais peut-on toujours compter sur cette pureté vagino-utérine ? Quand il survient de la septicémie puerpérale, il faut le bien savoir, ce n'est pas toujours l'accoucheur qui en est cause, mais bien la parturiente elle-même, et souvent la septicémie n'est que le résultat d'une auto-infection. Sans cela, je reviendrais aux conseils du D^r Lancry et m'en contenterais. Mais, hélas ! il faut savoir que les parturientes ne sont pas *toujours normales* et que souvent elles sont infectées localement, souvent d'une façon latente.

Si les précautions préopératoires, allais-je les appeler, n'ont pu être prises, et les conditions sont peut-être les plus fréquentes dans lesquelles on ne peut les prendre, si l'on n'est appelé qu'au

moment de l'accouchement, on est alors dans la situation du chirurgien appelé d'urgence et qui doit opérer immédiatement. Même règle de conduite que pour celui-ci.

Antisepsie des mains obstétricales, antisepsie du vagin et, s'il est possible, asepsie vagino-utérine, sinon antisepsie.

Je n'insiste pas sur les lavages de la vulve et du vagin, sur la conduite à tenir pendant l'accouchement, ici je n'ai rien de spécial à indiquer qui ne soit fait par tout accoucheur. Mais l'accouchement est terminé, la délivrance est faite. En un mot, après l'opération, quel pansement appliquer.

J'ai recherché s'il n'était pas possible, *après un accouchement aseptique*, de s'en tenir aux pansements rares, c'est-à-dire à laisser en somme à la parturiente le moins de chance possible d'infection en la livrant aux mains souvent dénuées de pureté qui la panseront, qui la laveront, qui lui donneront ses injections. Je me mets dans le cas le plus fréquent, celui qui se présente pour tout praticien occupé et surtout éloigné de son accouchée et qui ne peut chaque jour lui faire sa toilette (ce qui est le seul procédé pour être sûr qu'elle ne sera pas infectante).

Dès que l'accouchement est terminé, je fais un large et abondant lavage du vagin et de la vulve avec une solution de sublimé à 1 0/00 en ayant soin de ne pas laisser de solution dans le cul-de-sac. Il m'est arrivé un jour de constater que j'allais oublier plus d'un 1/2 litre de cette solution dans un vagin distendu, on conçoit tous les inconvénients qui auraient pu en résulter. Aussi, c'est avec le doigt suivant la canule que je fais l'injection, c'est avec le doigt tube que je nettoie les culs-de-sac, et ce n'est que lorsque j'ai constaté l'absence de caillots et de sublimé que j'enlève ce doigt explorateur et conducteur. A ce moment je complète le pansement par l'introduction dans le vagin d'un assez gros tampon de gaze iodoformée, — auquel je donne une forme allongée — de la longueur de l'index et de 3 à 4 centimètres à peu près de diamètre. Cette introduction se fait facilement en prenant le doigt comme conducteur avec une pince longue à pansements vaginaux. En somme, je le répète, c'est le même pansement que celui d'une opérée de gynécologiste. Cela fait, j'applique au-dessus de la vulve une compresse, un mouchoir plié en 8, imbibé d'une solution de sublimé à 0,50 0/00 — compresse que l'on changera et que l'on imbibera si elle vient à sécher et qui

doit rester en permanence au-devant de la vulve. Lorsque la malade urine ou va à la selle, il suffit de retirer cette compresse, de faire un lavage avant et après la miction avec la solution de sublimé et de réappliquer la compresse, pour être sûr qu'aucune infection ne peut se produire au niveau du vagin et se propager à l'utérus.

Le deuxième jour, je change le tampon, il est imbibé de sérosité sanguine, de sang, derrière lui parfois viennent quelques caillots. Pour enlever ce tampon, il suffit de le tirer par le fil que j'ai eu soin d'attacher à une des extrémités du cylindre de gaze, puis lavage soigneux du vagin avec solution de sublimé et nouveau tampon. Celui-ci, je le laisse pendant deux jours. A ce moment, même pansement que je laisse alors quatre jours, puis nouveau pansement de quatre jours, nous sommes au 11^e jour. A ce moment, tout danger peut être considéré comme évité. Il suffira de laisser la malade faire elle-même chaque jour une ou deux injections de sublimé et tout sera terminé.

En somme, il n'a été nécessaire de voir la malade que 4 fois, et on a été à l'abri de tout accident. Ce petit nombre de visites à faire est bien à considérer pour le praticien. L'absence de toute manipulation, de tout pansement en dehors de lui, lui donne une sécurité absolue, et nullement n'est besoin de gardes ou de personnes qui, dans l'intervalle de ses visites, peuvent plus ou moins dangereusement exécuter ses prescriptions.

Cette méthode chirurgicale m'a donné dans tous les cas les meilleurs résultats, et dans mon service où, malheureusement, je me trouve toujours en présence d'utérus infectés, le plus souvent blennorhagiques, il ne m'est jamais arrivé, soit après un avortement, soit après un accouchement simple ou compliqué, de voir survenir une élévation de température. Efficacité et minimum d'interventions, tels sont les avantages de la méthode prophylactique de la septicémie que je voulais vous signaler.

J'en arrive actuellement aux cas dans lesquels on est en présence d'une malade atteinte déjà de septicémie. Malheureusement le cas est encore trop fréquent.

Quelque soit le mode d'invasion de cette septicémie, quelque soit sa nature, le lieu d'inoculation est toujours le même, c'est l'utérus. Le mode d'infection peut varier — je ne veux pas re-

prendre les théories anatomo-pathologiques — mais toujours cette infection se propage soit par la voie lymphatique, soit par la voie veineuse, parfois par les deux. On est, dès le début, en présence d'une lymphangite ou phlébite utérine et péri-utérine. Or, j'en reviens toujours à ma comparaison chirurgicale, comment agissons-nous dans le cas de lymphangite ou de phlébite ayant pour point de départ une plaie infectée? Nous désinfectons cette plaie, nous la baignons, nous la lavons, nous la pansons et nous agissons sur la lymphangite et la phlébite de façon à arrêter si possible l'invasion microbienne.

La désinfection utérine prime toute autre indication. C'est dans la cavité utérine qu'il faut agir, et cela le plus rapidement possible. C'est aux lavages intra-utérins répétés, abondants, aseptiques souvent, antiseptiques parfois, qu'il faut avoir recours; après chaque lavage, un pansement intra-utérin sera souvent nécessaire, tamponnement intra-utérin avec gaze iodoformée, etc. Dans quelques cas, il sera nécessaire de toucher la muqueuse utérine avec le chlorure de zinc, avec la créosote, avec le permanganate de potasse. Enfin s'il reste quelques débris placentaires, si quelques fragments de membranes sont restés adhérents, il ne faut pas hésiter à faire un curettage soigné et prudent de la cavité utérine. La lymphangite, la phlébite utérine, souvent aussi la pelvi-péritonite qui l'accompagnent au début seraient heureusement influencées par des injections chaudes, 45° à 50°, d'une durée d'une 1/2 heure à 3/4 d'heure, faites deux fois par jour.

Je ne veux pas m'arrêter plus longtemps sur ces moyens qui trouveront leurs indications suivant les faits en présence desquels on se trouvera et qui doivent être mis en œuvre avec succès le plus souvent quand on peut arriver dès le début de l'infection que l'on arrête ainsi.

Si celle-ci est faite, si la septicémie puerpérale est généralisée, le danger devient beaucoup plus pressant et nous sommes en présence de l'une des deux formes que j'ai indiquées au début.

Le traitement local génital est le seul que l'on puisse mettre en œuvre dans la septicémie générale sans foyer de localisation multiple. Je ne peux, n'ayant pas eu l'occasion de l'expérimenter, parler de la méthode des abcès fixateurs, mais ce que je puis dire, et en ceci je vais être d'accord avec tous les auteurs qui ont eu

l'occasion d'observer de pareils faits, c'est que la septicémie à abcès multiples, celle que j'ai comparée à notre ancienne infection purulente, présente un pronostic tout à fait dissemblable. Que quoique grave, quel que soit le nombre des foyers de suppuration, si ceux-ci n'atteignent pas quelque organe vital (poumons, foie, cerveau, etc.) il ne faut nullement désespérer et l'on peut voir des malades guérir, contre tout espoir.

Dans cet ordre de faits, j'ai eu l'occasion de voir une malade, dont l'histoire vient démontrer de la façon la plus complète cette possibilité inespérée d'une guérison complète. J'étais en 1890 appelé auprès d'une jeune malade qui était accouchée 17 jours auparavant. Cette jeune femme primipare, après un accouchement normal, avait été prise au neuvième jour de frisson, de fièvre élevée, 39° à 40°, et en même temps apparaissait au niveau du poignet gauche une rougeur vive, de la douleur, du gonflement.

Cette rougeur s'étendait sur tout le dos de la main et remontait jusqu'à la moitié de l'avant-bras. On diagnostiqua rhumatisme et on lui donna du salicylate de soude. La fièvre continua, les frissons se répétèrent, l'épaule droite devint douloureuse, la face devint terreuse, la langue sèche, du subdélire, et lorsque je vis la malade, elle était mourante. Je constatai l'existence d'une suppuration de tout le poignet, le carpe était transformé en un sac de noix, l'articulation radio-carpienne était prise et la suppuration remontait dans les gaines jusqu'à la moitié de l'avant-bras. L'épaule droite était gonflée, tuméfiée, globuleuse et le moindre mouvement arrachait des cris à la patiente, arthrite suppurée de l'épaule. Du côté du ventre on trouvait de l'empâtement dans les deux fosses iliaques sans fluctuations, et au toucher les deux ligaments larges étaient augmentés de volume, durs, et enclavaient l'utérus immobile. Celui-ci était gros, mou et laissait s'écouler une suppuration brunâtre d'une odeur repoussante. Je ne parle pas de l'état général qui était aussi déplorable que l'on peut l'imaginer.

Je fis cependant donner du chloroforme à la malade par mon ami le D^r Demoulin, et certes avec précaution, mais la malade était tellement faible qu'à un moment donné nous eûmes une syncope qui nous donna de fortes inquiétudes.

Quoi qu'il en soit, je fis dans la même séance un curettage

complet de l'utérus, je nettoyai la cavité utérine avec l'écouvillon et touchai avec du chlorure de zinc.

Puis je fis deux ouvertures de chaque côté du poignet et je pus nettoyer toutes les articulations, enfin je pratiquai une arthrotomie de l'épaule. Le lendemain, tout semblait marcher à souhait, la température était revenue à la normale. Je fis alors faire des injections chaudes intra-vaginales, qui furent continuées pendant une dizaine de jours. Mais, le quatrième jour, nouveau frisson, nouvelle élévation de température, reprise des phénomènes généraux. Je cherchai et ne trouvai aucune raison à cette réapparition du danger. Ni du côté de l'utérus, ni du côté des ligaments larges qui avaient certes diminué de consistance. Ce ne fut qu'après un examen prolongé que je découvris une douleur à la pression, aiguë et profonde, au niveau de la partie moyenne de la face interne de la cuisse.

Mon attention attirée de ce côté, il me sembla sentir de la fluctuation profonde. J'incisai immédiatement.

Un flot de pus qu'on peut évaluer à 5 ou 600 grammes jaillit d'un espace inter-musculaire profond. Ce fut le dernier incident. La malade guérit rapidement. Elle n'a conservé de cette grave affection qu'une demi-ankylose du poignet et une raideur incomplète des doigts. Jamais elle n'eut aucun symptôme du côté de l'utérus.

Que conclure pour le traitement de la septicémie puerpérale à localisations multiples, sinon qu'après désinfection utérine faite aussi complètement que possible, il faut poursuivre les foyers suppurés, les rechercher, les évacuer, en les ouvrant largement ? Le plus souvent la cicatrisation se fait rapidement et c'est moins leur multiplicité et leur étendue que l'état général qui les accompagne qui doit faire porter le pronostic.

La septicémie puerpérale est l'analogue de la septicémie chirurgicale. Très légère et bénigne, elle répond à la fièvre traumatique des chirurgiens ; très grave, elle peut revêtir deux formes : la septicémie générale sans localisation et la septicémie à foyers suppurés multiples.

La prophylaxie est le véritable traitement qui met à l'abri de cette terrible complication. Celle-ci se fera en multipliant les moyens antiseptiques et en considérant les accouchées comme des malades devant être ou ayant été opérées. Antisepsie préobs-

tétricale, précautions antiseptiques pendant l'accouchement, enfin pansements après l'accouchement analogues à ceux que l'on fait aux opérées chirurgicales. Lavages au sublimé rares suivis chaque fois d'un tamponnement antiseptique vaginal, que l'on renouvelle le deuxième, le quatrième et le onzième jour. Economie de temps pour l'accoucheur et sécurité absolue amenée par l'absence de soins nécessaires donnés par des mains étrangères.

Si la septicémie puerpérale est établie, désinfection intra-utérine faite dès le début de l'infection dans les deux formes de septicémie.

Le pronostic de la septicémie à foyers suppurés multiples, analogue à l'ancienne infection purulente, est moins fatalement mortel. Il faut, dans cette forme, poursuivre les foyers et les ouvrir largement, quelque nombreux qu'ils puissent être, quelle que soit leur localisation.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

—

CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE ET PÉDIATRIE

(Suite)

—

SECTION D'OBSTÉTRIQUE.

Hernie périnéale et lipome préherniaire. Grossesse et accouchement.

M. MASSE (Bordeaux).— J'ai observé un cas de hernie périnéale très remarquable par le volume considérable de la tumeur. La hernie était pédiculée au niveau de la fosse ischio-rectale droite ; elle descendait un peu au-dessus du creux poplité ; elle renfermait une notable partie de l'intestin grêle et du gros intestin ; elle avait, au-dessous d'elle, un lipome volumineux qui paraît avoir joué un rôle important dans la formation de la tumeur. En effet, je crois qu'il y a eu primitivement hernie d'un petit lipome sous-séreux du cul-de-sac de Douglas. Le péritoine aurait suivi cette tumeur et la hernie intestinale aurait suivi la hernie graisseuse.

Malgré la présence de cette énorme tumeur, qui ne permettait

le coït que *more ferarum*, la femme devint enceinte. La grossesse suivit son cours normal, et malgré la hernie, l'accouchement se fit sans accident.

Cette observation, outre son intérêt comme hernie périnéale volumineuse ayant pu permettre sans accident la grossesse et l'accouchement, paraît de nature à appuyer la théorie récemment mise en lumière par M. le Dr Lucas-Championnière sur le rôle de la graisse sous-péritonéale dans le développement de beaucoup de hernies.

Tumeur du bassin ayant nécessité la basiotripsie.

M. CHAMBRELENT (Bordeaux). — Femme de dix-neuf ans, bien constituée, ayant accouché normalement deux ans auparavant. Après vingt-quatre heures de travail, l'accouchement ne se faisant pas, M. le Dr Chevalier fut appelé et constata, avec une présentation du sommet, une tumeur occupant le petit bassin. A mon arrivée, je constatai, en effet, du côté gauche du petit bassin, une grosse tumeur très saillante, paraissant insérée au niveau de la symphyse sacro-iliaque gauche. La distance utilisable pour le passage du fœtus, du point le plus saillant de la tumeur à la symphyse pubienne, ne dépassait pas cinq centimètres et demi.

La symphyséotomie ne pouvait, dans ce cas, rien donner. Il fallait faire, soit l'opération césarienne, soit la basiotripsie. La famille ayant déclaré préférer la mort de l'enfant aux risques d'une opération grave pour la femme, je décidai la basiotripsie : toutefois j'essayai d'abord, sans aucun succès, l'extraction par le forceps. Ce n'est qu'après avoir constaté l'impossibilité absolue de terminer l'accouchement sans broyer la tête de l'enfant que je me décidai à pratiquer la basiotripsie, qui se fit sans incidents, et amena un gros fœtus de 4 kilos.

M. PASQUALE (Rome). — J'ai observé un cas semblable qui m'a paru être un fibrochondrome né sur l'articulation sacro-iliaque. J'ai pu suivre la femme pendant plusieurs années. La tumeur a augmenté progressivement, ainsi que la dureté. Un premier enfant il y a quelques années a pu être extrait par le forceps ; un second a dû être basiotripsié.

La femme réclame une opération qui la débarrasserait de sa tumeur, mais je crois que ce serait une opération trop grave pour pouvoir la conseiller.

M. BUDIN (Paris). — J'ai eu l'occasion il y a quelques mois de voir un fait qui s'est présenté d'abord de la même façon. Le diagnostic fait par les élèves du service était tumeur osseuse dépendant des parois du petit bassin. La tumeur était, en effet, très dure et paraissait appliquée contre la symphyse sacro-iliaque droite. Toutefois les touchers combinés par la voie rectale et par la voie vaginale ne m'ont pas permis de trouver un point d'implantation sur la paroi pelvienne ; j'ai alors pensé qu'il pouvait s'agir d'une tumeur d'origine utérine, d'un fibrome. Pour compléter le diagnostic, j'ai fait endormir la femme, et sous le chloroforme, j'ai pu constater que cette tumeur pouvait être refoulée en haut, dans l'abdomen. Le diagnostic devenait évident ; il s'agissait d'un fibrome ; il fallait attendre. En effet, quand la femme entra en travail, le fibrome remonta spontanément à mesure que la tête fœtale descendait, et l'accouchement se fit sans accident.

De la mensuration pelvienne à propos de la symphyséotomie.

M. CROUZAT (Toulouse). — Je suis partisan de la symphyséotomie comme opération de nécessité, mais étant donné la gravité de cette intervention (11 % de mortalité), je m'étonne qu'on ne cherche pas à avoir plus de certitude au point de vue des dimensions véritables du bassin.

A l'heure actuelle les accoucheurs peuvent être classés ainsi : ceux qui ont recours au palper mensurateur, c'est-à-dire ceux qui essaient de mesurer le bassin, et ceux qui, de parti pris, ne le mesurent pas. La méthode digitale n'est pas un procédé de mensuration : au point de vue mathématique elle consiste à évaluer le côté d'un triangle en connaissant un de ses côtés, et en déduisant une quantité constante pour les uns, variable pour les autres et sur laquelle on n'est pas fixé pour un cas donné !

On ne peut donc considérer la mensuration digitale comme une méthode de mensuration, mais simplement d'approximation. Quant au palper mensurateur, il n'a jamais donné de résultats suffisants.

M. Farabeuf a, dernièrement, inventé un nouveau pelvimètre qui se compose d'une branche qu'on introduit dans la vessie et d'un doigtier. Or, l'idée de la branche vésicale est déjà ancienne ;

plusieurs l'ont essayée, le dernier est Inverardi ; quant au doigtier et à la disposition de l'instrument, c'est, autant qu'on peut en juger par une figure, mon pelvimètre modifié, mais non amélioré, car M. Farabeuf a remplacé par une tige droite l'arc qui doit se placer tangentiellement au pubis.

Grâce à mon pelvimètre, j'ai pu extraire avec mon forceps des enfants vivants dans des bassins de sept centimètres ; je voudrais qu'avant de pratiquer une symphyséotomie, on mesurât avec certitude le bassin pour être sûr que l'opération est justifiée ; on n'aurait pas l'ennui de voir accoucher spontanément des femmes chez lesquelles on avait annoncé que la symphyséotomie était indispensable.

M. LA TORRE (Rome). — De tous côtés on s'ingénie à rechercher les dimensions du bassin ; elles ne valent que mises en comparaison avec l'autre élément du problème, les dimensions de la tête fœtale.

On peut facilement arriver à supposer les dimensions de celle-ci si l'on tient compte de l'hérédité. J'ai vu que les fœtus qui étaient fils de père bien portant, pesaient en moyenne 3250 gr., ceux dont le père est malade d'une façon quelconque se développent beaucoup moins ; ils pèsent, à terme, 2500 gr. Du poids du corps du fœtus, on déduit facilement les dimensions de sa tête. Celles-ci sont inférieures d'un centimètre et demi chez les fils de père malade.

Donc, lorsque l'on pourra connaître le père de l'enfant d'une femme à bassin rétréci, et si le père est malade, on peut attendre sans crainte, l'enfant sera petit et l'accouchement se fera facilement. On peut même dire que les femmes à bassin rétréci devraient toujours prendre des hommes malades, si elles veulent ne pas avoir des accouchements dangereux.

M. TARNIER. — M. Crouzat a raison de dire que le toucher mensurateur conduit à de grosses erreurs. Dernièrement encore j'ai pris un faux promontoire ; on peut ainsi être trompé par bien des éléments, l'épaisseur des parties molles, l'existence de saillies anormales, mais ces causes d'erreur subsistent avec l'instrument de M. Crouzat.

A propos du bassin ilio-fémoral ; diagnostic de la luxation de la hanche.

M. P. BUDIN. — Il y a grand intérêt pour l'accoucheur à faire

le diagnostic de la luxation simple ou double de la hanche ; on y parvient facilement et avec certitude en se servant de certaines données fournies par Paul Richer et en y ajoutant l'étude des formes et la mensuration de la région fessière.

A l'état normal, la ligne qui passe par le bord supérieur du grand trochanter (ligne épitrochantérienne), prolongée en avant, coupe en son milieu la ligne oblique qui va de l'épine iliaque antérieure et supérieure au pubis ; s'il y a luxation de la hanche, la ligne épitrochantérienne aboutit près de l'épine iliaque antéro-supérieure, quelquefois arrive à son niveau ou au-dessus.

En arrière, cette ligne épitrochantérienne atteint la pointe du sacrum ; lorsqu'il y a luxation de la hanche, elle passe plus haut, se rapproche de l'épine iliaque postérieure et inférieure.

La distance qui va du sol au milieu de la rotule, reportée du milieu de la rotule en haut, doit aboutir à l'épine iliaque antéro-supérieure ; s'il y a luxation, cette distance arrive, sur la paroi abdominale, à un certain nombre de centimètres au dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Enfin, du côté de la luxation, la distance qui va de la surface externe du grand trochanter au sillon interfessier ou à la ligne des apophyses épineuses du sacrum est généralement plus considérable de 2, 3, 4 centimètres que celle du côté opposé.

M. RAPIN (Lausanne). — Un signe de luxation de la hanche, que M. Budin n'a pas signalé, est le rapprochement de l'épine iliaque supérieure et postérieure de la crête sacrée du côté malade.

M. BUDIN. — J'ai recherché ce point, j'ai vu que ce rapprochement existe surtout dans les bassins de Nœgelé, mais je n'ai pas trouvé de rapprochement sensible dans les cas de bassin ilio-fémoral.

Trois cas de mort et de rétention du fœtus dans des utérus primitivement rétrofléchis.

MM. CHALEIX et FIEUX (Bordeaux). — Nous voulons rapprocher trois cas dans lesquels le produit de la conception a été, après sa mort, retenu dans des utérus rétrofléchis un mois, deux mois et demi et huit mois.

I. — Femme de trente-deux ans. Premières règles à vingt ans, très dysménorrhéique. En août 1892, nous reconnaissons chez elle une grossesse de trois mois ; utérus très rétrofléchi. Peu

après, hémorragie de courte durée ; montée du lait ; cessation progressive des troubles sympathiques. Les mois suivants légère apparition des règles. Du 5 au 24 avril 1893, douleurs violentes ; col dur, allongé, fermé. Le 24, expulsion en un temps d'un œuf verdâtre du volume du poing.

II. — Femme de trente ans. Soignée antérieurement par nous pour une rétroflexion adhérente, devient enceinte à la fin de septembre 1894. Le 30 novembre, pertes de sang et coliques. Le 12 février, expulsion d'un œuf contenant un liquide noirâtre et un embryon de six à sept semaines. Un examen fait la veille montrait que le col était dur, conique, relié par un angle de flexion très aigu à un utérus rétrofléchi et peu volumineux.

III. — Grossesse survenue dans un utérus fixé en rétroflexion. Le corps fait avec le col un angle aigu. Mort du fœtus au troisième mois, avant tout phénomène d'enclavement. Expulsion trente jours après environ,

Il faut noter ici 1° la grossesse survenue malgré une rétroflexion accentuée ; 2° la mort du fœtus à une période précoce ; 3° sa longue rétention facilitée par l'intensité de la rétroflexion et par le défaut absolu de tout ramollissement cervical.

Nous pensons qu'il y a une relation causale entre la mort prématurée du fœtus et les troubles circulatoires provoqués par la situation vicieuse de l'utérus : coudure de l'artère utérine au niveau de l'angle de flexion, coudure des artères utéro-ovariennes sur le bord tranchant des replis utéro-sacrés.

Dans ces trois cas, absence totale de tout caractère gravidique du col comme s'il n'avait pas participé aux modifications anatomiques entraînées par la grossesse.

Ces faits méritent d'être signalés ; ils pourraient, en l'absence de tout commémoratif, induire le chirurgien en erreur et lui en imposer pour une production pathologique justiciable d'une intervention. (*Bull. méd.*)

E. APERT.

(*A suivre*).

CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE DE

SECTION D'OBSTÉTRIQUE.

**Tétanos consécutif à une morsure de la
éclampsie.**

M. ABELIN (Bordeaux). — Une femme éclampsique avec des morsures profondes de la langue, me fut envoyée de Rochefort. Les crises diminuèrent sous l'usage de chloral et disparurent tout à fait après l'application de forceps. Elle fut guérie quand, huit jours après l'accouchement, elle eut de nouvelles crises tétaniques et succomba quarante-huit heures après.

Il est vraisemblable que les plaies de la langue, souillées par la poussière du plancher de la voiture, furent la cause de l'éclampsie ; elle avait eu une crise d'éclampsie durant le trajet. Ce qui prouve, que la porte d'entrée était la langue et non la plaie. Les premières crises de téτανos furent précédées de douleurs de la langue.

Lésions du fœtus dans l'éclampsie.

MM. CASSAET et CHAMBELENT (Bordeaux). — On a pu constater histologiquement les foies et les reins d'enfants nés morts, ou ayant succombé peu après la naissance. On peut survenir par deux mécanismes bien distincts : 1° de lésions placentaires, hémorragies et décollement du placenta ; dans ce cas le fœtus meurt *in utero* et naît mort ; 2° par altérations histologiques du foie et des reins, semblables à celles que l'on observe chez les mères ; ces enfants ont une mortalité énorme des enfants d'éclampsie ; ils sont nés vivants et bien développés.

Symphyséotomie.

M. LEFOUR (Bordeaux). — On peut espérer que la symphyséotomie à l'accouchement prématuré des enfants pour qui une trop grande disproportion existe entre les dimensions de leur tête et les dimensions du bassin pourrait imposer la baptotripsie.

Dans un premier cas, chez une femme achondroplasique, ayant un bassin de six centimètres et quart (promonto-pubien minimum), j'ai provoqué l'accouchement prématuré à huit mois de grossesse et j'ai fait la symphyséotomie ; malgré cela l'enfant n'a pas pu passer et l'opération s'est terminée par une basiotripsie.

Un second cas a été plus heureux ; il s'agissait d'une rachitique primipare mesurant huit centimètres de diamètre promonto-sous-pubien. A huit mois, je provoque l'accouchement ; je tente en vain d'extraire la tête avec le forceps ; sans enlever l'instrument je fais la symphyséotomie ; la tête passe alors facilement. L'enfant pesait 3180 gr. et mesurait neuf centimètres et quart de diamètre bipariétal.

M. TARNIER (Paris). — Un gros inconvénient de la symphyséotomie est la difficulté d'obtenir la coaptation des pubis et d'assurer la solidification de la symphyse. On use de bien des appareils pour maintenir les os iliaques ; j'emploie une simple ceinture de caoutchouc passée sous le siège de la malade et suspendue à l'aide de cordes qui vont se croiser au-dessus du lit et se réfléchissent sur des poulies ; à ces cordes sont suspendus des poids plus ou moins lourds, qui permettent de graduer à volonté la compression exercée sur les os iliaques.

M. QUEIREL (Marseille). — J'ai fait treize symphyséotomies sans jamais avoir observé le relâchement consécutif du pubis. La mortalité maternelle a été nulle ; dix enfants ont succombé.

M. SOLOVIEFF (Moscou). — Est-il si important d'obtenir la consolidation du pubis ? ne vaut-il pas mieux maintenir l'écartement pour permettre les accouchements ultérieurs ?

M. AUDEBERT (Bordeaux). — Une de mes opérées, malgré l'absence de réunion des pubis, peut faire de longues marches, et continuer son métier de marchande ambulante.

M. BUDIN (Paris). — On ne saurait nier que la symphyséotomie fait courir plus de risques à la femme et moins de risques à l'enfant que les autres interventions. On sera très autorisé à l'employer si la femme déclare préférer risquer sa vie et avoir un enfant vivant ; mais on n'a pas le droit de l'employer sans avertir la femme de la situation et sans tenir compte de son avis.

Je me réservais de pratiquer une symphyséotomie chez une femme rachitique, atteinte de luxation double de la hanche et ayant neuf trois-quarts de diamètre promonto-pubien. Elle avait

déclaré vouloir tout risquer pour sauver son accoucha spontanément au bout de huit mois avant de 2800 gr.

M. GRYNFELT (Montpellier). — J'ai vu de spontanément, quelque temps avant le terme, et comptais bien symphyséotomiser. Dans un autre cas, j'ai pratiqué la symphyséotomie pour réduire un fœtus dans l'utérus gravide ; la réduction se fit d'elle-même et j'ai pu opérer.

M. QUEIREL. — Je ne considère pas la symphyséotomie plus dangereuse pour la femme que le forceps, l'accouchement prématuré provoqué. C'est une opération où les difficultés opératoires ont été bien exagérées. On ne doit pas laisser l'interligne pubien ; les hémorragies s'arrêtent. Quant aux accidents septiques, ils sont la faute non de l'opération. La symphyséotomie ne doit pas se faire à l'hôpital ; elle doit entrer dans la pratique de la clinique ; c'est une opération d'urgence au même titre que la trachéotomie.

M. LEFOUR. — Je ne me risquerais pas à pratiquer la symphyséotomie à l'improviste, sans aides exercés et sans l'asepsie et de celle de l'entourage.

M. TARNIER. — La symphyséotomie permet de faire l'accouchement dans beaucoup de cas ; elle est, excellente pour l'enfant ; mais pour la mère elle présente une forte mortalité qui prouve que ce n'est pas une opération bénigne ; elle a fourni à Morisani 11 % de mortalité maternelle, et 22 % de mortalité infantile. Pinard a donné les chiffres suivants : 8 % de mortalité maternelle, 10 % de mortalité infantile. La symphyséotomie est aussi grave que l'opération césarienne qui compte 9 morts maternelles et 8 morts infantiles.

Depuis 1888, j'ai provoqué 116 fois l'accouchement pour bassin rétréci ; je n'ai perdu aucune femme et la mortalité infantile a été de 22 %. Plus le bassin est rétréci, plus l'accouchement est précoce l'époque où il faut provoquer l'accouchement et plus grand le risque pour l'enfant. Dans les bassins rétrécis, il faut être indiqué de pratiquer la symphyséotomie. Dans la grande majorité des cas, c'est à l'accouchement provoqué qu'il conviendra d'avoir recours.

Rupture intra-utérine des membranes ; fœtus développé entre les membranes et la paroi utérine.

M. TARNIER (Paris). — Une femme enceinte de cinq mois s'enfonça par accident une longue aiguille dans le ventre ; à quelques jours de là elle perdit de l'eau en abondance mais la grossesse continua son cours. Elle accoucha à huit mois et demi d'un enfant bien conformé ; mais les annexes présentaient les particularités suivantes : la poche membraneuse était très petite, elle ne contenait que 210 grammes d'eau, alors que l'enfant, placé dans un baquet, déplaçait 900 grammes de liquide ; l'ouverture des membranes était très petite ; elle représentait à peine le contour d'une pièce de 5 francs et certainement l'enfant n'avait pu passer là qu'étant encore tout petit. Il est donc vraisemblable qu'au terme de cinq mois, les membranes se sont rompues à la suite du traumatisme, et que le fœtus, entraîné par le déplacement des eaux, est sorti de la poche par cette déchirure. Puis il s'est développé entre les membranes et la paroi utérine.

COMMUNICATIONS DIVERSES.

M. KUFFERATH (Bruxelles). — *Moyen de provoquer l'accouchement prématuré par irrigation d'eau décollant les membranes.*

M. HIRIGOYEN (Bordeaux). — *Traitement du placenta prævia par le tamponnement vaginal.*

M. AUDEBERT (Bordeaux). — *Des injections de sérum artificiel en obstétrique.*

M. KEHRER (Heidelberg). — *De la conduite à tenir dans les présentations de l'épaule négligées.*

MM. AUDEBERT et CHALEIX (Bordeaux). — *Conduite à tenir dans l'avortement incomplet.*

MM. LEFOUR et OUI (Bordeaux). — *Sur les nœuds du cordon.*

M. LUGEOL (Bordeaux). — *Myxome non vésiculaire du placenta.*

M. MERZ (Alger). — *Deux opérations césariennes.*

M. ROBERT (Pau). — *Eclampsie et accouchement forcé.*

(Bull. méd.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

Séance du 4 jui

UN CAS D'INVERSION UT

M. MONNAZ présente un cas d'inversi quelques années. Il s'agit d'une jeune sage-femme. Traction vigoureuse : moment phénomènes dramatiques horrible. Le docteur Blsch père appelé succès.

Cette femme ne succomba pas à ses l sans arrêt pendant six mois. A ce mo trouva une inversion au 3^e degré ; t petite orange, rouge, peu sensible, saig faisant saillie dans le vagin. Le col e l'hystéromètre, promené dans la rainu circulaire. Par le toucher rectal, pas d

État général très mauvais. Tissus ex

M. MONTAZ conseilla une interventio chloroforme, donné avec précautions, pinces à pansement utérin, l'une sur sur la lèvre postérieure. Puis, ne trouv instrument plus ou moins imité du rep il prit un ostéotome de Mac Ewen et l la tumeur utérine. Cette pression ma instants amena bientôt la réduction br

M. Montaz pense qu'on doit toujours A ce sujet, le pessaire de Gariel peu échoue, il a au moins l'avantage de ra sa dilatation. On essaie alors de rédu térés, certains gynécologues ont conse nale, d'autres le doigt rectal (Courty) ; tion direct du museau de tanche.

On comprime alors le corps inversé ou tout autre. Cette pression continue élastiques dans les luxations de l'épau.

Si ce moyen échouait et que l'opérati songer à l'ablation du corps. M. Mont

Périer sent la vieille chirurgie, avec ses procédés, lents, aveugles et dangereux. N'est-il pas plus simple de mettre une forte ligature de soie sur le pédicule et de trancher l'utérus d'un coup de ciseaux. On évite ce long sphacèle de l'utérus, la présence en permanence d'un instrument entre les cuisses. Enfin il n'est pas démontré qu'on soit sûrement, par le procédé de Périer, à l'abri des accidents de résorption putride ou d'infection péritonéale.

Séance du 11 juin.

EXTRACTION D'UN CRAYON DANS L'URÈTHRE D'UNE JEUNE FILLE.

M. MONTAZ présente un crayon qui a rempli le rôle de pénis dans l'urètre d'une jeune fille de 16 ans. Comme toujours, dans la chaleur de l'action, cet audacieux phallus en miniature s'est égaré dans les profondeurs de la vessie et y est resté. Grand émoi dans la famille, petites hématuries fréquentes. Trois jours après, M. Montaz pratique l'extraction de la façon suivante :

Anesthésie ; dilatation progressive de l'urètre avec les bougies de Hégar pour permettre le toucher vésical ou tout au moins pour faciliter le passage des instruments. Le crayon est dans la position transversale classique, ce que le toucher vaginal avait déjà établi ; il est saisi avec des pinces variées, mais persiste avec entêtement dans sa position. D'ailleurs la vessie est appliquée sur lui.

M. Montaz emploie alors un procédé qu'il avait vu appliquer chez un frère de la doctrine chrétienne : ce dernier s'était introduit dans la vessie un magnifique manche de porte-plume en ivoire. Tous les redresseurs de Leroy d'Étiolle et autres avaient fait mentir leur belle appellation et le chirurgien lassé s'était mis à tirer vigoureusement sur le lithotriteur, chargé du corps étranger. Ce dernier, déprimant la cloison recto-vésicale et s'en coiffant vint mettre le nez à l'anus, où un léger coup de bistouri suffit à l'extraire. Guérison sans fistule. Usant donc du même procédé, M. Montaz saisit par l'urètre le crayon, avec une grande pince à hystérectomie, arrête celle-ci et lui fait subir une rotation d'un quart de cercle. Le crayon, saisi près d'une extrémité, fait saillir la paroi vésico-vaginale, grâce au mouvement de levier de la pince, qu'on relève vers le pubis. En exagérant le mouvement, le

crayon, toujours coiffé de la double muqueuse, franchit la vulve. Un coup de bistouri le met à nu et permet sa facile extraction. Mais il n'y avait que la moitié du crayon, le décollement s'est effectué dans l'urine. Nouvelle recherche avec la pince ; la deuxième moitié est retrouvée, tournée, engagée dans la petite fente, qui a laissé passer la première. Deux points de suture au crayon ; sonde à demeure. Guérison rapide sans fistule, ce qui était à prévoir ; car l'établissement des fistules vésico-vaginales, de même que leur pronostic opératoire, est essentiellement lié à l'écart des bords. Leur dimension est quantité négligeable.

(*Dauphiné médical*).

67^e RÉUNION DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS

à Lübeck du 16 au 21 septembre 1895.

DE L'EXPLORATION EXTERNE EXCLUSIVE DANS LES ACCOUCHEMENTS NORMAUX.

M. LÉOPOLD (Dresde) est un des adversaires les plus déterminés de l'exploration de l'utérus en obstétrique par le toucher vaginal dans le cas de nécessité. Toutefois il reconnaît que, si par le toucher on peut non seulement diagnostiquer la présentation et ses complications, mais encore suivre les différentes phases de l'accouchement, l'exploration interne ne peut pas être absolument abandonnée. Mais cette exploration doit être réservée aux cas pathologiques ou bien servir à compléter l'examen par la palpation. L'expérience, aussi bien à la clinique que dans la clientèle, montre qu'un très grand nombre d'accouchements peuvent être entièrement suivis par l'examen externe. Le toucher a ses indications et ne doit être fait que quand ces indications se rencontrent. C'est lorsqu'il se produit quelque chose d'anormal dans le fœtus, des douleurs ou dans l'état de la mère ou de l'enfant. Dans les écoles d'accouchement on doit enseigner simultanément l'exploration interne et externe, mais il faut ensuite insister sur ce que les accouchements normaux doivent être exclusivement surveillés par l'exploration externe. Dans la clientèle, la statistique n'indique pas encore à propos de l'épave puerpérale les progrès qu'on devra constater. Cela tient

aux difficultés de l'antisepsie. Aussi devrait-on réduire autant que possible l'exploration interne.

M. SCHATZ (Rostock) pense aussi que dans des cas très nombreux les accouchements ne nécessitent pas d'autre examen que l'exploration par manœuvres externes.

M. FEHLING (Halle) ne veut pas faire la guerre à l'exploration interne autant que M. Léopold. Cette théorie gynécologique est un danger pour l'obstétrique. Les sages-femmes moins instruites du toucher, ne le pratiquant plus guère ne tarderont pas à le désapprendre. Il faut apprendre aux sages-femmes à se désinfecter et à y mettre le temps, car il n'y a pas de désinfection rapide. On doit leur enseigner à éviter de se mettre au contact des lochies ; c'est là le danger et c'est le point sur lequel il faut insister. Quant aux médecins, ils doivent être davantage instruits de l'exploration interne. En somme il ne faut pas exagérer l'interdiction de l'exploration interne.

C'est également l'avis de M. WERTH (Kiel). Comme exemple des exagérations auxquelles on peut arriver, il cite la prescription de certains accoucheurs de recourir au toucher rectal pour éviter le toucher vaginal. Il faut donner aux sages-femmes des instructions très précises et laisser le moins possible s'exercer leur décision personnelle.

M. LOMER (Hambourg) recommande l'emploi de gants de caoutchouc pour le toucher vaginal ; ces gants se désinfectent aisément par le sublimé, et d'une manière générale ne rendent pas les sensations moins précises.

M. BRENNECKE dit que ces théories n'ont pas grande influence sur les sages-femmes. Il ne faut pas espérer avoir dans la clientèle pauvre une exacte antisepsie.

M. KEILMANN (Breslau) dit que dans la polyclinique on ne peut pas éviter le toucher vaginal. Mais à la clinique de Breslau mille accouchements ont été faits sans exploration interne. Il faut faire le toucher vaginal pour reconnaître l'état de dilatation du col de l'utérus, mais il est inutile d'aller chercher les fontanelles.

Présence de substances immunisantes dans le sang des nouveau-nés.

Deux théories se trouvent en présence pour expliquer la résistance de l'organisme aux maladies infectieuses : c'est d'abord la

théorie phagocytaire de Metschnikoff, humorale de Buchner et Emmerich. J n'a pu rendre compte de tous les faits et application générale. Dans ces dernier tends à les concilier.

M. FISCHL (Prague), pour contribuer l'immunité, a examiné le sang de no vue. En collaboration avec M. von W des cobayes des bouillons de cultures (nouveau-né soit simultanément, soit sé été l'objet de cet examen, et pour 68 83 %) le sang a été trouvé doué de prog ou moins marquées contre la diphtérie Il en était complètement dépourvu.

Ces résultats concordent avec ceux que pour les adultes (v. *Bulletin Médical*, 18

Prédisposition des nourris Infectieuses

M. NEUMANN (Berlin) a cherché à dé pouvait avoir le mode d'alimentation de sion et la marche des maladies infectie porté particulièrement sur la rougeole et des indications données par le recense mode d'allaitement, montre qu'à Berlin sein ont une prédisposition à la coque celle des enfants artificiellement allaité premiers auraient une légère infériorit

Prenant en considération les travaux l'immunité conférée par la mère à l'enfa que, sans la nier il faut la regarder con Quant à ce qui est du transfert de l'imm semble ne pas exister : tout se passe cor par des femmes ayant eu la rougeole ment la maladie. Pour la coqueluche, a de l'immunité par l'allaitement paraît é

Ce qui vient à l'appui de cette dernière Angleterre, où beaucoup de mères sont queluche antérieure, les enfants nourris

ment la maladie. Il semble aussi que pour la variole il y ait transfert de l'immunité maternelle au nourrisson.

Le pronostic de la coqueluche est plus grave pour les enfants artificiellement allaités, ce qui pourrait tenir au rachitisme ; cette différence n'existe guère pour la rougeole. Pour cette dernière maladie, ce qui aggrave le pronostic, c'est la possibilité de l'éclosion d'une tuberculose aiguë consécutive, et la mortalité par la rougeole pour les enfants nourris au sein est comparable à leur mortalité par la méningite.

M. POTT (Halle) attire l'attention sur l'infection intra-utérine. L'enfant d'une mère syphilitique peut être nourri par elle sans contracter la syphilis, il a acquis l'immunité contre la maladie.

M. BIEDERT (Haguenau) ne croit pas à la réalité de l'immunité intra-utérine : l'enfant d'une mère vaccinée pendant sa grossesse n'a pas d'immunité contre la variole.

M. STEFFEN rapporte l'observation d'une femme qui, trois jours après son accouchement, fut atteinte de variole. L'enfant fut vacciné de suite et ne contracta pas la maladie. Six semaines plus tard, il se trouva en contact avec des individus contaminés par des croûtes de variole ; il contracta alors une variole dont il mourut.

M. NEUMANN dit qu'il est impossible de tirer des conclusions d'observations isolées ; il faut pour cela des statistiques étendues.

M. CZERNY (Breslau) ne pense pas qu'on puisse tirer des conclusions précises des statistiques de M. Neumann ; la symptomatologie de la coqueluche n'est pas assez précise pour le diagnostic.

REVUE DE LA PRESSE

MORT PAR HÉMORRHAGIE CONSÉCUTIVE A LA PONCTION D'UN KYSTE DE L'OVAIRE.

A l'heure actuelle les chirurgiens sont d'accord pour considérer dans les kystes de l'ovaire la ponction curative comme une méthode d'exception, qui doit être réservée exclusivement aux cas dans lesquels il existe une contre-indication réelle à la laparotomie. La ponction exploratrice elle-même ne doit être employée qu'avec la plus

grande réserve, en raison des dangers réels qu'elle peut entraîner. L'observation relatée par M. BOURSIER (*Gaz. hebdom. de Bordeaux*) est un nouvel exemple des suites que peut entraîner cet acte opératoire.

Une femme de cinquante et un ans, chez laquelle on avait diagnostiqué, trois ans auparavant, un fibrome utérin, se présente dans l'état suivant : amaigrissement considérable, ventre énorme et tellement tendu que toute palpation est impossible. Au dire de la malade, l'énorme distension du ventre ne datait que de quelques mois et était consécutive à une chute. La percussion indiquait une matité absolue de tout l'abdomen ; la sensation de flot était nettement perçue d'un côté à l'autre.

Dans l'impossibilité de pratiquer un examen complet permettant de préciser le diagnostic, M. Boursier se résolut à pratiquer une ponction exploratrice. Elle fut faite, à droite de la ligne médiane et notablement au-dessous de l'ombilic, avec le trocart n° 2 de l'appareil de Dieulafoy. Elle donna issue à cinq litres d'un liquide brunâtre, manifestement hémorrhagique, mais résultant certainement d'une hémorragie ancienne, probablement due à la chute mentionnée plus haut. A aucun moment le liquide ne changea de couleur et ne parut contenir du sang rouge nouvellement sorti des vaisseaux. Au moment où on retira le trocart, il ne s'écoula pas une goutte de sang. Il restait encore une certaine quantité de liquide dans la poche que, la palpation, rendue possible au cours de la ponction, avait fait reconnaître comme un kyste de l'ovaire.

Pendant que l'opérateur plaçait un bandage de corps, destiné à comprimer l'abdomen, il vit la malade pâlir et perdre connaissance, et sentit en même temps le ventre se gonfler subitement, tandis que la poche reprenait rapidement son volume, malgré une énergique compression. Ce ne fut qu'après trente-cinq minutes de soins que la syncope prit fin. La malade resta pendant plusieurs heures dans un état demi-comateux. Vers la fin de l'après-midi, le ventre augmenta encore de volume : la malade perdit progressivement connaissance et succomba dans la soirée.

Il s'est produit évidemment une hémorrhagie intra-kystique. Les observations en sont peu nombreuses dans la littérature médicale, ce qui peut tenir non seulement à la rareté de l'accident, mais aussi à ce qu'un certain nombre de ces cas malheureux n'ont pas été publiés. Néanmoins, les faits publiés montrent que l'hémorrhagie intra-kystique,

consécutive à la ponction, peut se manifester de deux façons. Dans les cas les plus fréquents, elle survient vers la fin de l'évacuation de la poche, et l'on peut voir sortir par la canule du trocart du sang plus ou moins rouge. D'autres fois, au contraire — comme dans le cas que nous rapportons — l'hémorrhagie est uniquement intra-kystique ; elle survient après le retrait du trocart, sans qu'il s'écoule une goutte de sang au dehors. L'hémorrhagie ne peut alors se reconnaître que par les signes généraux des grandes hémorrhagies.

L'hémorrhagie intra-kystique produite, il est admis aujourd'hui d'avoir recours le plus tôt possible à une ovariectomie d'urgence pour éviter une nouvelle hémorrhagie. C'est la conduite qui aurait été tenue si la malade s'était assez remontée pour supporter l'opération.

L'enseignement qui découle de ce cas malheureux, est qu'il ne convient pas de transformer une ponction exploratrice en ponction évacuatrice. Dès que le diagnostic est assuré, il faut arrêter l'écoulement du liquide et avoir recours à l'ovariectomie pour guérir la malade, à moins de contre-indications formelles. « C'est le soulagement progressif, qu'éprouvait la malade à mesure que son kyste s'évacuait, qui m'a poussé, dit M. Boursier, à déroger un peu à la règle énoncée ci-dessus. » Il est probable que si l'évacuation du kyste eût été moins complète, l'hémorrhagie intra-kystique n'eût pas eu lieu, ou tout au moins qu'elle eût été moins grave.

(*Bull. méd.*)

TRAITEMENT DES MÉTRORRHAGIES.

La multiplicité des traitements préconisés contre les métrorrhagies donne à tous l'idée de leur trop fréquente inefficacité. Parmi les spécifiques prônés récemment contre les hémorrhagies, il faut citer en premier lieu l'antipyrine appliquée *loco dolenti*. Pour faciliter son application locale, le Dr Labadie-Lagrave associe l'antipyrine au salol qui fond à la température relativement basse de 43°. Voici le procédé tel qu'il est décrit dans la « *Presse médicale* » de Paris :

« La méthode est des plus simples, et l'on peut préparer extemporanément le liquide à employer.

» Il suffit pour cela de chauffer sur la lampe à alcool un tube à essais, au tiers rempli de parties égales de salol et d'antipyrine ; la fusion se produit en deux ou trois minutes, et l'on obtient un liquide légèrement brunâtre, qui a l'inconvénient de se solidifier

rapidement, lorsqu'il est depuis quelques instants soustrait à l'action de la chaleur. Pour retarder le point de solidification, on n'a qu'à continuer à chauffer jusqu'à ce que le mélange ait une couleur franchement brune ; le liquide obtenu ainsi restera suffisamment longtemps en fusion.

» Pour introduire ce liquide dans la cavité utérine, on se sert d'une baguette mince en osier, portant, enroulée à son extrémité, un petit tampon d'ouate hydrophile. Après mise en place du spéculum, on trempe le tampon d'ouate dans le mélange liquide d'antipyrine et de salol, refroidi à une température tolérable pour l'utérus ; on introduit le tampon placé à l'extrémité de la tige dans la cavité utérine, sans exercer de pression trop considérable, et on fait un badigeonnage de toute la cavité. Retirant ensuite le tampon, on l'imbibe à nouveau et l'on fait ainsi deux ou trois applications successives, selon l'importance de l'hémorrhagie ; puis, on laisse dans le vagin un tampon d'ouate imbibé de glycérine créosotée, et on recommande le repos au lit.

» Ces applications ne sont nullement douloureuses ; elles n'ont aucun inconvénient et n'ont jamais provoqué le moindre accident. Aussitôt après les badigeonnages, l'hémorrhagie s'arrête : c'est à peine si la femme perd encore quelques gouttes de sang dans la journée, et le jour suivant il n'y a plus trace d'hémorrhagie. Aussi est-il rare qu'on soit obligé de refaire une deuxième application le lendemain. »

DE LA SYPHILIS DES ORGANES GÉNITAUX INTERNES DE LA FEMME.

M. NEUMANN a étudié les altérations des organes génitaux internes de la femme dues à la syphilis en se basant sur les observations de six mille malades.

A l'exception des papules humides, les exanthèmes précoces ne peuvent, sur ces organes, être reconnus avec certitude.

Sur huit cents cas d'accidents primitifs, cinquante et un siégeaient sur le col utérin et quatre seulement sur la paroi vaginale. Le diagnostic du chancre du col est souvent difficile chez les multipares, bien que ce soient ces femmes qui le contractent le plus aisément. Aussi la proportion ci-dessus est-elle inférieure à la réalité. Ces chancres ont cependant une certaine importance ; car non seulement ils sont fréquemment le point de départ d'une nouvelle contagion, mais

encore ils peuvent donner lieu à des rétrécissements cicatriels, à des atrésies de l'orifice utérin, à des troubles de la menstruation.

Les accidents syphilitiques tardifs (gommès, ulcérations) siégeant aux organes génitaux internes sont mis hors de conteste par de nombreuses observations. Les gommès du vagin siègent le plus souvent à l'orifice ou au tiers inférieur, rarement dans les deux tiers supérieurs. On voit quelquefois une infiltration gommeuse diffuse du vagin et il peut en résulter des fistules recto-vaginales. Dans ces cas on observe souvent une récurrence *in situ*.

M. Neumann ne connaît qu'une observation de lésion syphilitique du corps de l'utérus ; cependant la métrite et l'endométrite sont des causes fréquentes d'avortement ou d'accouchement prématuré et elles doivent jouer un rôle important dans la stérilité. Dans bien des cas, il est difficile de démontrer leurs relations étiologiques avec la syphilis.

A l'aide de données statistiques, M. Neumann prouve ensuite l'influence néfaste de la syphilis sur la descendance. La mort du fœtus par l'effet de la syphilis reconnaît des causes nombreuses et variées, et nous ne devons plus nous en tenir à l'ancienne idée autrefois généralement reçue de l'infection par l'ovule ou le spermatozoïde.

Dans bien des cas, l'explication de cette mort se trouve dans les maladies syphilitiques du muscle ou de la muqueuse de l'utérus, dans celles du placenta. Les lésions syphilitiques ne sont pas toujours visibles à l'œil nu et le microscope est souvent nécessaire pour les déceler. D'autre part, il est impossible que l'utérus soit épargné dans les échanges sanguins qui se font entre la mère et un fœtus syphilitique de par son père. Il est d'ailleurs bien connu que la syphilis se localise là où des irritations se répètent ; c'est le cas de l'utérus pendant la grossesse, et ceci rend compte des avortements habituels pour lesquels les lésions locales de l'utérus jouent certainement un rôle important.

Comment expliquer la mort d'enfants à terme qui arrivent au monde morts ou qui succombent peu après leur naissance ; ils n'ont aucune lésion syphilitique, les parents n'ont pas de symptômes de syphilis, le placenta et l'utérus semblent normaux ? Ces faits ne sont pas rares, et, par contre, nous voyons des parents atteints de lésions syphilitiques tertiaires mettre au monde des enfants sains. L'avenir nous dira peut-être si une diminution des globules rouges ou de l'hémoglobine, si une accumulation de toxines sont responsables de ces

morts-nés. On ne peut certainement pas noncée ou qu'une anémie pernicieuse n'ai le fœtus.

ACCOUCHEMENT SPONTANÉ ; VERSION
(*Centralblatt für Gynækologie*,

Dans cet important travail, le Dr OLSHA concerne la symphyséotomie, à l'opinion celui-ci au Congrès de Vienne. Il estime césarienne, pratiquée selon les règles mo défaveur dont elle est l'objet. Saenger, dans 1892, qui porte sur 120 opérations cés 17 décès, soit, 14 %, chiffre qui diffère peu donne 12 %. Léopold, dans sa statistique, d'enfants vivants, ce qui tient à ce qu'il l'a choix, membranes intactes, col entièrement

Olshausen estime que tant que les mem on ne peut savoir si l'accouchement spont cas de bassins très peu rétrécis, la mobilit pas d'apprécier ses dimensions, en particul verse. D'autre part, la rupture des meml l'accouchement ne peut pas se faire spon beaucoup moins favorable. Les statistiques donc rien, parce qu'on ignore si dans bea ment spontané n'aurait pu avoir lieu. Le n que à la symphyséotomie ; tant que les i rompues, on ne peut affirmer que l'accou spontanément. Olshausen préfère attendre et même tenter l'extraction avec le forceps à pratiquer la symphyséotomie, les branch en place.

L'auteur conserve sa préférence à l'opé indiquée non seulement quand il y a étroit dans les cas de rétrécissements moindres, antérieurs par les voies naturelles ont prés fant.

En résumé, au début, on peut ou rester la version ou l'opération césarienne. Plus

ment spontané est reconnu impossible, il faut faire ou l'opération césarienne ou la symphyséotomie : celle-ci permet d'attendre et d'observer la marche du travail, tandis que l'opération césarienne est pratiquée dans de meilleures conditions avant la rupture des membranes.

(*Rev. de Thér. méd. chir*)

PARALYSIES ET PSEUDO-PARALYSIES OBSTÉTRICALES.

Sous ce titre, M. PETERS publie les résultats de vingt-neuf observations de paralysies des nouveau-nés.

Après avoir exposé les différentes théories qui existent sur la cause de ces paralysies, théories nerveuse, osseuse et musculaire, l'auteur divise les lésions en deux grandes catégories : paralysies vraies par lésion du système nerveux central ou périphérique et pseudo-paralysies par lésion des os ou des muscles.

Les paralysies vraies présentent deux origines centrales : l'une cérébrale, l'autre médullaire. Les paralysies périphériques constituent le plus grand nombre des cas et se présentent soit comme une paralysie totale du plexus brachial, soit comme une paralysie à type Erb ou une paralysie radiale isolée. Pour M. Peters, la cause réside surtout dans le volume exagéré du fœtus par rapport au bassin maternel et la pression que subissent l'épaule et les parties latérales du cou au niveau du pubis, pendant le dégagement de la tête. En effet, d'après ces observations, dans la position occipito-iliaque gauche, c'est le bras droit qui est paralysé ; dans la position occipito-iliaque droite, c'est le bras gauche. La fréquence des paralysies de l'un ou de l'autre de ces membres est en raison directe de la fréquence de la position gauche par rapport à la droite.

Dans la présentation du siège, on a surtout des paralysies à type Erb. Dans la présentation de l'épaule, c'est surtout le radial qui est atteint. L'intervention obstétricale n'est pas nécessaire pour la production de toutes ces paralysies.

Les pseudo-paralysies sont dues à la fracture de la tête humérale ou à la syphilis héréditaire. Elles se distinguent par certains caractères des paralysies vraies, notamment par l'absence de flexion des doigts dans les pseudo-paralysies radiales, par la conservation de la tonicité musculaire dans les pseudo-paralysies totales.

Il y a en plus les antécédents et les signes physiques en cas de syphilis. (Wratsch, n°

DE L'ULCÈRE ROND DU VAGIN (ULCÈRE ROND PHAGÉDÉ)

L'ulcère rond phagédénique de l'utérus et du vagin très rare qui se développe sur le col utérin ou sur la lésion a été décrite pour la première fois par Clark comme une ulcération unique à bords irréguliers, serpiginés, grisâtre, ayant de la tendance à s'étendre en largeur au point de perforer le rectum ou la vessie ; l'érosion peut donner lieu à des hémorrhagies abondantes et la marche de l'affection peut faire croire à un cancer. La lésion a plusieurs fois été commise. On l'observe à tout âge, particulièrement chez les vieilles femmes.

Klebs compare cet ulcère à celui de l'estomac. Zastrow décrit d'une oblitération de vaisseaux sanguins et il a constaté la destruction des parois artérielles de la région. L'examen histologique montré à Browicz qu'il s'agissait là d'un processus sans transition, se trouvant au contact des tissus sains. On a trouvé des lésions vasculaires consistant en une destruction des parois et une oblitération de la lumière.

Tous ces auteurs n'ont décrit l'ulcère rond du vagin que d'après des observations *post mortem*. Cela donne intérêt particulier à la communication suivante que M. von Skowronski a pu recueillir de la malade.

Une femme de trente-sept ans, robuste, sans antécédents pathologiques, ayant eu deux enfants, n'ayant jamais eu de leucorrhée, entra à l'hôpital de Tarnow. Depuis quelque temps elle avait des pertes blanches et depuis trois mois elle souffrait de douleurs devinrent continues et leur exagération pendant la nuit la rendait incapable de se reposer. Elle présentait, en outre, de l'anémie et entre autres un souffle de la pointe du cœur.

L'examen local fit constater une tuméfaction et une induration de la colonne antérieure du vagin. Le doigt trouvait à l'entrée du vagin une petite fossette arrondie de la grosseur d'une noix, le fond de laquelle était recouvert d'une sorte de gelée épaisse et était très douloureuse. Quant au reste du vagin et du col, ils présentaient rien d'anormal. Avec l'aide du spéculum

l'ulcération avait des bords à pic, nets, de deux millimètres environ de hauteur. Le fond, inégal, granuleux, parsemé de points plus profonds, était tapissé d'un pus grisâtre très adhérent. L'urine était normale.

Pensant qu'il s'agissait là d'un cancer épithélial, M. von Skowronski en proposa l'ablation, qui fut acceptée par la malade. Les sutures ayant cédé au bout de quelques jours, la plaie opératoire, pansée à la gaze iodoformée, guérit lentement, mais complètement.

La guérison se maintenait encore au bout de six mois, mais la malade restait toujours anémique.

L'examen microscopique de la lésion enlevée montra qu'au niveau du bord de l'ulcération l'épithélium s'arrêtait brusquement ; la muqueuse était détruite ; les vaisseaux sanguins avaient leur paroi épaissie et ils étaient oblitérés par des cellules fusiformes.

(*Wiener klin. Rundschau*, n° 16.)

INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR LES DENTS

Par le D^r SOMA KOVACS.

(*Pest. Med. Chir. Presse*, n° 20, 1895.)

On sait que les affections génitales chez la femme peuvent retentir sur le système dentaire. Les affections de la pulpe et des gencives sont particulièrement fréquentes pendant la grossesse ; les femmes enceintes sont facilement atteintes de carie dentaire. L'opinion qu'il faut abandonner ces affections à elles-mêmes a pu être accréditée auprès des médecins ; le Docteur Kovacs proteste contre cette théorie. On peut ouvrir des abcès, extraire des dents sans pour cela avoir à craindre l'interruption de la grossesse. Au contraire, le traitement des affections dentaires pendant la grossesse permet à la femme de s'alimenter convenablement.

Les conditions qui agissent pendant la grossesse pour détériorer les dents sont directes ou indirectes. Les unes sont analogues à celles que l'on trouve dans la chlorose ; en outre, la grossesse produit, du côté du squelette et des dents, certaines altérations. Comme dans la chlorose, la grossesse agit sur la constitution des dents par les troubles digestifs qu'elle entraîne, troubles presque toujours accompagnés de sécrétion acide qui attaquent l'émail et la dentine. Une fois que la carie a débuté, et il s'agit généralement d'une carie molle, la dou-

leur qu'elle provoque entraîne le patient bouche, et la situation s'aggrave d'autant. dent est attaquée s'explique encore par entraîne une décalcification au profit du l

Kovacs pense que c'est surtout dans grossesse qu'il faut procéder à un traitement il formule les règles suivantes :

Les femmes enceintes doivent se faire ou trois mois d'intervalle, afin qu'on puisse caries. Elles doivent absorber des sels calcerales calcaires. Nettoyage de la bouche ap matin et le soir : éviter les antiseptiques ac tout de haut en bas. Si le brossage n'est pa missements, se rincer la bouche avec une de potasse, de thymol, de saccharine, d'aci vomissement acide, se rincer la bouche av

LA STÉRILITÉ CHEZ LA

Par R. BELL, de Glas

Dans ma carrière déjà longue, j'ai eu femmes atteintes de stérilité, et j'ai acquis plupart des cas, ce désagrément est parf

D'après mes études et les observations c mation de la muqueuse utérine constitue tants empêchant la fécondation des ovule tration des spermatozoïdes jusqu'à l'andro physiologiquement. L'endométrite oppose que sténose, état catarrhal, congestion du fection cardiaque ou à la concomitance d'e flexion de l'utérus, des trompes, etc.

D'habitude, ces conditions morbides ne : mais se compliquent l'une l'autre. A côté c d'autres mieux caractérisés peut-être ; c'e complice d'endométrite, et celle-ci elle-m pes et peut atteindre l'ovaire. La malade p dysménorrhée, ménorrhagie, catarrhe, i

vésicale, défécation douloureuse et toujours des troubles nerveux caractérisés par ce que l'on a appelé la faiblesse irritable.

Un exemple fera immédiatement saisir les rapports entre ces divers phénomènes : Le gonflement inflammatoire de l'endométrium amène la sténose du col, d'où rétention dans la cavité utérine qui, pour peu que cet état se maintienne, ne tarde pas à augmenter de capacité. Si, au contraire, la sténose est le phénomène primitif, la fécondation est possible pour autant que l'orifice soit resté perméable aux liquides, parce que dans ce cas l'organe est absolument sain et que, du moment où les règles peuvent s'écouler, les spermatozoïdes finiront bien par trouver le chemin et pénétrer dans la matrice, où ils évolueront sans encombre.

Cependant, notons que dans les cas de sténose semblable, l'utérus finit par s'enflammer ; en effet, le sang se coagule dans l'organe et ne peut plus traverser le col rétréci. Il agit comme corps étranger qui irrite la matrice ; celle-ci se contracte pour expulser de force son contenu. Cet acte, se répétant périodiquement, donne lieu à une suite d'irritations se greffant les unes sur les autres et finissant par un état inflammatoire chronique.

Le gonflement inflammatoire se propage aux orifices des trompes, qui se rétrécissent en même temps que la muqueuse s'altère et sécrète davantage, d'où la formation des hydro, pyo, hémo-salpinx.

Les déplacements et plicatures de l'utérus sont des causes de stérilité ; ils sont dus au défaut de tonicité du tissu utérin malade et des ligaments suspenseurs de l'organe.

L'endométrite cervicale, à elle seule, peut aussi empêcher la fécondation, mais elle existe si rarement seule que je n'en dirai pas plus.

Comment se fait-il qu'une simple endométrite puisse amener la stérilité ?

La chose est simple, si nous remarquons que la sécrétion utérine, si abondante dans cette affection, consiste en un liquide muco-purulent à réaction acide. Ce liquide est si irritant que son passage sur le museau de tanche finit par dénuder la muqueuse et amener des érosions et des ulcérations fréquemment accompagnées de vaginites. On comprend qu'un tel liquide, s'écoulant continuellement, s'oppose à l'entrée des spermatozoïdes en même temps que son âcreté les détruit.

Si la fécondation n'a pas lieu dans le temps normal après le mariage, on peut en conclure que les organes de la femme ne sont pas dans leur état normal et, si on n'intervient pas, le vieux dicton, disant

REVUE DE LA PRESSE.

les chances de la maternité diminuent avec le temps, se trouvent fiées.

mon avis, en cas de stérilité, la faute incombe à l'endométrite ; la seule, elle suffit, mais elle agit d'une façon plus certaine encore les complications qu'elle finit par entraîner et par l'extension elle acquiert ; c'est elle qui occasionne les sténoses des différents canaux soit par gonflement de la muqueuse, soit par la flexion des canaux. Bien des femmes désespèrent d'avoir jamais d'enfants, alors leur malheur est causé par une affection absolument curable. Dans des familles voient leur progéniture s'arrêter à un, deux ou trois enfants, parce qu'une endométrite est survenue et a établi une barrière infranchissable aux spermatozoïdes.

Quand j'ai à traiter des cas semblables, je fais le curetage de l'utérus suivi d'applications hebdomadaires ou bi-hebdomadaires de phénol iodé ou d'un tampon saturé de glycérine alunée ou boriquée ; il est rare que ce traitement ne me donne pleine satisfaction.

(*Intern. med. Magazine.*)

Dr A. BIENFAIT.

UN CAS DE MÉTRORRHAGIE INCOERCIBLE,

Par le Dr SWITALSKI (1).

Il s'agit d'une patiente âgée de 29 ans, très fortement anémiée sous l'influence de métrorrhagies abondantes survenant sans cause bien déterminée depuis le mois de juin 1894. Les poumons, le cœur, le foie et le système nerveux ne présentent chez elle rien d'anormal. L'utérus, légèrement augmenté de volume et mobile, se trouve en antéflexion. Les annexes sont normales.

Malgré le dépit de l'administration des ferrugineux et d'une bonne nourriture, les pertes continuent à se produire pendant plusieurs mois.

Ne trouvant pas la cause du mal, M. le professeur JORDAN décide d'essayer le toucher utérin. Le 10 décembre, il introduit dans le col un tampon de gaze iodoformée qui reste en place pendant quarante-huit heures. Le 12 décembre, on pratique la dilatation du col au moyen des tubes de Hégar. Le même jour, la femme est prise d'un frisson et la température du corps s'élève à 39°. Il existe des douleurs dans les régions de la fosse iléo-cœcale. Grâce à la désinfection du col et du vagin et sous l'influence des narcotiques, ces symptômes s'amendent.

énormément. Malheureusement, le 16 décembre, on reconnaît l'existence d'un exsudat siégeant à droite dans le parametrium. Le même jour, les métrorrhagies réapparaissent. Ces pertes continuent en dépit du traitement consistant en ergotine, hydrastinine, digitale et en irrigations froides, permanentes, etc. L'anémie est profonde et la malade est somnolente. Le pouls est mou, accéléré, et il existe de l'hypothermie. Afin d'éviter une issue fatale, on procède, le 29 décembre 1894, à l'extirpation totale de l'utérus par morcellement. L'aspect de l'utérus enlevé ne présente rien de particulier. L'examen microscopique de cet organe, fait à l'institut du professeur *Browicz*, démontre l'existence d'une endométrite interstitielle.

Le 27 janvier 1895, on a incisé l'abcès profond du parametrium droit.

C'est seulement le 23 mars que la patiente, chez qui on a pratiqué le drainage pendant longtemps, a pu quitter l'hôpital en bon état.

En réalité, il a été impossible de découvrir la cause des métrorrhagies profuses apparues chez cette malade. On a vu se produire des pertes énormes chez des personnes atteintes de diathèses hémorrhagiques telles que la maladie de Werlhof, le scorbut, etc. Il en est de même dans les affections ayant un caractère infectieux, dans les cachexies diverses, la polysarcie, l'ictère grave, la maladie de Bright, les affections cardiaques et pulmonaires.

Ces métrorrhagies sont cependant rarement aussi abondantes que chez la personne faisant l'objet de cette observation. Souvent la cause de l'hémorrhagie réside dans les altérations de l'utérus ou des annexes. Après avoir lu le rapport de notre confrère allemand, il est impossible d'assigner comme cause de l'hémorrhagie l'abcès du bassin qui n'existait pas avant la dilatation du col. En effet, avant cette intervention, les pertes étaient déjà profuses. L'hémophilie doit être écartée, car antérieurement cette femme a eu non seulement une fausse couche, mais encore un accouchement sans hémorrhagie notable. L'absence de pertes sanguines provenant des organes non gestateurs plaide encore contre l'existence de l'hémophilie.

Olshausen déclare dans son *Traité des Maladies, des ovaires*, que de semblables hémorrhagies s'observent en l'absence de lésions de la muqueuse utérine sans maladie de cœur ou autres causes appréciables. Il a décrit un cas où, chez une femme âgée de 39 ans, de fortes métrorrhagies ont été jugulées par la castration.

En résumé, pour arrêter les métrorrhagies incoercibles, on peut

lier les artères utérines (Martin), recourir à la castration (Olshausen) ou extirper l'utérus.

Telles sont les observations suggérées par le cas intéressant publié dans le travail original du Dr Switalski.

(*Journ. d'Accouchements.*)

H. L.

LA PALPATION ABDOMINALE CHEZ LES FEMMES OBSÈSES.

Le Dr Harris SLOCUM, médecin à la Policlinique de Philadelphie, décrit une nouvelle méthode d'examen pour les femmes ventripotentes.

Il a trouvé une zone étroite à l'hypogastre où le panicule adipeux est toujours peu développé ; elle est circonscrite par une ligne courbe s'étendant d'une épine iliaque antérieure à l'autre et courant vers le pubis. En appuyant l'extrémité des doigts sur cette région et en repoussant vers le haut le paquet de graisse qui entoure le nombril, on peut parfaitement atteindre les organes du bassin. Lui-même, vu son expérience en ce genre, arrive à palper une région plus considérable encore. Ce procédé ne donne aucun résultat lorsque la paroi abdominale est très tendue ou encore lorsque les intestins sont dilatés par des gaz.

(*The Journal of the Med. amer. Ass.*)

LES ALTÉRATIONS DE L'ENDOMÉTRITE DANS LES CAS DE FIBROMES UTÉRINS,

Par le Dr MARCHESI. (In *La Rassegna d'Ostetricia et Ginecologia*, n° 4.)

C'est à la clinique de M. le professeur Chiarleoni que ces études ont été faites : 1° sur des fibromes interstitiels ; 2° sur des fibromes sous-muqueux ; 3° sur des fibromes sous-séreux.

Dans la première série, on a constaté des altérations de la muqueuse d'un caractère simplement hyperplastique ou hypertrophique qui affecte surtout les glandes. La muqueuse, comme aspect, ressemble à la muqueuse que l'on rencontre dans l'endométrite glandulaire fongueuse. L'inflammation légère que l'on observe est d'ordre mécanique et infectieux, très probablement ; elle s'observe constamment à la limite inférieure de la muqueuse. On ne trouve pas toujours, comme on l'affirme, un développement plus considérable du tissu conjonctif sur le côté où se trouve enclavé le fibrome, ce développement est général.

Dans la seconde série, on a constaté dès le début du développement des fibromes, jusqu'à ce qu'ils soient nettement endocavitaires, les mêmes altérations signalées pour le groupe précédent ; ensuite, on note l'atrophie muqueuse au point d'insertion, le restant de celle-ci reste hyperplasié. Ces polypes fibreux dilatent la cavité cervicale et font issue dans le vagin, revêtus d'un épithélium nouveau semblable à celui du museau de tanche. Ces tumeurs, plus que dans les autres cas, sont sujettes à de nombreuses inflammations dues aux agents multiples qui peuvent les infecter d'après leur situation.

On voit enfin, dans la troisième division, des fibromes sous-séreux, des altérations de muqueuse identiques à celles observées dans les fibromes interstitiels.

Les déviations de l'utérus, la fibromatose complète de l'utérus, peuvent encore être des causes d'altération de la muqueuse.

Le microscope, seul aide de la clinique, peut faire le diagnostic exact, différentiel, entre l'adénome malin et le cancer. Il faut savoir que le stimulus local continu des tumeurs fibreuses est souvent la cause du développement d'un carcinome du corps, en admettant toutefois qu'il existe vraisemblablement quelque foyer cancéreux dans le fibrome que le stimulus prépare d'une façon incontestable. En d'autres termes, la présence de fibromyomes crée une prédisposition au développement du cancer dans la muqueuse du corps, et, dans nombre de fibromes, les altérations de la muqueuse sont telles que des germes spéciaux peuvent s'y développer facilement, ou bien il faut croire au développement anormal des parties constituantes de la muqueuse.

Comme conclusion, l'auteur recommande de recourir à l'opération radicale des fibromes chez lesquels on a la certitude d'une altération maligne de la muqueuse du corps ; l'examen microscopique s'impose donc dans les cas douteux.

VARIÉTÉS

LES FEMMES QUI FUMENT. — Il paraît que la cigarette conquiert les lèvres les plus aristocratiques en Angleterre.

« Ladies et miss », faisant concurrence aux Espagnoles, fument comme de jolies petites locomotives, et dans le meilleur monde, s. v. p., et personne ne songe à trouver ça « shocking ».

A tel point que, il y a quelques jours, on parlait de mode devant la princesse de Galles à qui quelqu'un avait dit :

« Je ne puis me prononcer sur cette question au point de vue cal et moral, répondit en souriant la princesse, mais j'ai vu les hommes qui fument avec excès déclarent qu'ils ont cette habitude, et qu'il leur est impossible d'y renoncer. Je ne prends pas que les femmes qui font tout ce qui est permis pour se délivrer des coutumes qu'elles considèrent comme nécessaires, veuillent aller au-devant d'un joug auquel elles ne peuvent se soustraire. »

S'il est permis à un vulgaire mortel d'ajouter quelque chose en faveur d'une princesse, nous ferons simplement remarquer que, au moment, un peu partout, les femmes s'efforcent d'imiter l'homme, bien que, soit dit entre nous, elles n'aient rien à y gagner.

C'est ce qu'on appelle « l'émancipation féminine » en voulant nous faire prendre nos défauts, ce qui est bien différent. Voilà pourquoi tant de vieilles filles ne sont pas muettement politiques. Et voilà pourquoi les jeunes, en attendant d'être politiques, tentent de fumer... en dépit de notre grand poète qui nous a toujours à citer quand il s'agit des femmes, et qui a dit :

*Alors que sur les gens on prétend se régler,
C'est par les beaux côtés qu'il leur faut ressembler.*

(Gaz. méd. de l'A.)

BIBLIOGRAPHIE

- Nouveau procédé opératoire pour supprimer les végétations vaginales chez les femmes dont le périnée est intact (Masson, éditeur, 1895.)
- II. — Considérations sur l'analyse des urines et la valeur du diagnostic, par VIEILLARD. Paris 1893, Soc. d'urine.
- III. — Hystérectomie abdominale totale par fibromyome, 10 guérisons, par DELAGENIERE (du Mans). Par *Archives provinc. de chir.*

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

113. — Sur l'usage de la bicyclette au point de vue de l'hygiène, par le docteur LAVRAND (1). — Cette question, aujourd'hui toute d'actualité, mérite d'arrêter le médecin et l'hygiéniste, car il peut être appelé à se prononcer dans tel ou tel cas particulier. Est-il un des fervents de la pédale, il sera porté à n'en voir que les avantages. Est-il au contraire un profane que ce genre de sport n'a jamais tenté, il considérera seulement les inconvénients et en découvrira même quelques-uns peut-être hypothétiques. Nous allons donner ici en résumé les arguments fournis à la Société de médecine publique dans la séance du 26 décembre 1894.

1. — La bicyclette au point de vue hygiénique. — D^r JUST LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — L'usage de la bicyclette s'est beaucoup généralisé comme sport, comme moyen de transport, comme exercice gymnastique. Peut-on lui imputer quelques rares cas de mort survenus chez des cardiaques ? N'importe quel exercice aurait pu produire le même résultat.

On a médité de la bicyclette, on l'a même calomniée pour ce qui concerne l'exercice des femmes. On l'a comparée à la machine à coudre, sans réfléchir qu'il n'y a aucune analogie entre les deux appareils.

La bicyclette *déforme-t-elle* le coureur ? C'est une accusation absolument irréfléchie, ne pouvant venir que d'une ignorance profonde de l'anatomie et de la physiologie. En effet, sur la bicyclette tous les muscles fonctionnent sans cesse, soit pour pousser l'instrument, soit pour maintenir tout l'appareil en équilibre. Par conséquent, les muscles des gouttières vertébrales ne peuvent que prendre de l'accroissement et de la puissance. On constate tous les jours sur les vélodromes que les coureurs une fois descendus de leurs machines se tiennent bien droits. Encore plus, des coureurs un peu voûtés ont été redressés par l'exercice de la bicyclette.

(1) Au moment où la question de l'usage de la bicyclette est à l'ordre du jour, non seulement pour les hommes, mais encore pour les femmes saines ou malades, nous croyons utile de reproduire le travail suivant, dans lequel le D^r Lavrand résume, d'une façon très impartiale, les avantages et les inconvénients qu'on attribue généralement à ce mode de sport.

La première action de l'appareil est le développement non seulement ceux des membres inférieurs, généralement, mais tous les muscles du corps et fonctionnent incessamment. On peut faire sur les non professionnels, sur les femmes, les enfants et là d'une manière plus probante.

Nous tenons dans la bicyclette le moyen le plus puissant musculaire.

L'action de l'exercice sur la santé générale. En même temps que nous constatons ce résultat nous apprenons que les phénomènes de nutrition sont modifiés. L'examen des urines nous en fournit la confirmation. Le taux de l'urée indique une utilisation plus active.

L'action de l'instrument sur le cœur est évidente. Dans cet exercice pourrait lui être préjudiciable. Les courses mal préparées pourraient avoir de réels effets. Le cœur s'entraîne merveilleusement et c'est un avantage précieux de cet exercice de le mettre en balance.

Le poumon, même au début, ne souffre pas de cet exercice. On peut dire que pour lui tout va bien. Il ne faut pas se défier des refroidissements qui surviennent après des exercices prolongés.

II. — *La bicyclette au point de vue hygiène.*
 BRAND. — Il s'agit ici non plus des attitudes vicieuses de l'adolescence, et, pour le développement du corps la bicyclette est le meilleur moyen qu'on puisse leur proposer. Les nombreux cas de guérison obtenue par ce moyen prouvent que les précautions avaient échoué. Si tous les exercices de procurer le même résultat, il est juste de dire que la bicyclette est assez captivante par elle-même pour être recommandée.

La plupart des affections relevant d'un traitement sont très favorablement amendées par la bicyclette.

Les névropathes se trouvent aussi très bien de cet exercice modéré. On peut dire que c'est le triomphe de la bicyclette. Chez eux surtout la mesure est de rigueur.

Certains tabétiques ont été très améliorés

ces malheureux, au lieu de rester confinés chez eux, peuvent faire d'agréables promenades.

III. — *La bicyclette au point de vue thérapeutique.* — D^r BOULOU-MIÉ. — Pour le valide, au milieu de tous ses avantages, la bicyclette ne présente qu'un inconvénient, c'est la vitesse que l'on atteint à certains moments et qui constitue un véritable attrait.

En 1894, le docteur Bouloumié a été consulté par 70 p. 100 de sa clientèle au bas mot pour savoir ce qu'il faut penser de l'usage de la bicyclette en général et pour chacun d'eux en particulier.

Il pouvait d'autant moins répondre à ces questions qu'il ne connaissait alors la bicyclette que de vue et de réputation et qu'il n'était pas sans appréhension sur les effets de ce genre de sport. Il a examiné, interrogé, enfin appris lui-même. Voici le résultat de ses constatations.

Plusieurs goutteux (6) chez lesquels, antérieurement à l'usage de la bicyclette, il restait entre les accès des raideurs dans les genoux et les articulations tibio-tarsiennes notamment, ont déclaré s'être remis beaucoup plus complètement de leur accès, avoir retrouvé beaucoup de souplesse et de force dans leurs articulations atteintes, depuis cet exercice. L'état général s'était amélioré également. En revanche, la pratique exagérée, les chutes ont amené certains inconvénients qu'un exercice mieux dirigé eût supprimés ou amoindris.

Chez des graveleux atteints de coliques néphrétiques subaiguës par graviers d'acide urique et présentant des douleurs de reins fréquentes et subcontinues prolongées à l'occasion de l'expulsion de calculs, sans inflammation rénale, l'usage de la bicyclette a paru faciliter l'émigration et l'expulsion des calculs et diminuer notablement les douleurs de reins habituelles. Chez les malades, comme chez les goutteux et tous ceux chez lesquels on cherche à régulariser la sécrétion rénale, activer l'élimination des déchets de la nutrition et surtout éviter l'encombrement des reins par excès de production ou la décharge excessive des produits excrémentitiels, il faut à tout prix que l'exercice n'atteigne pas à la fatigue. Car ici, comme en tout exercice, la modération est salubre, l'excès nuisible.

L'usage modéré de la bicyclette diminue l'acide urique, augmente l'urée, sans affaiblir la quantité des urines émises. Au contraire, l'usage excessif exagère la proportion d'acide urique et des matières extractives, et diminue la quantité d'urines émises. Il doit donc être proscrit parce qu'il pourrait amener l'irritation du filtre rénal, ce qu'il faut éviter chez ces malades.

Ces constatations confirment celles dont M. Albert Robin a fait mention il n'y a pas longtemps à l'Académie de médecine et celles signalées par M. Lucas-Championnière d'après les publications de M. Lagrange.

Autrefois on avait recours à des courses prolongées dans des voitures peu ou pas suspendues et dans des chemins mauvais pour faire cheminer les calculs. Les accidents produits par ce genre de traitement ne se comptent pas. Eh bien ! il ne faudrait pas avec la bicyclette revenir à ce régime ; mais, en choisissant une excellente machine, en ne pratiquant que de bons chemins et en se livrant à un exercice modéré suivant l'état du malade, on évitera les inconvénients et on recueillera seulement les bénéfices de ce sport.

Les premiers essais sont beaucoup plus fatigants que l'usage habituel ne le comporte, une fois les premières difficultés vaincues. Il y a chez le néophyte vélocipédiste une préoccupation de conserver l'équilibre, une tension d'esprit pour chercher à comprendre comment on peut se maintenir et progresser, une appréhension de la chute, une exagération des contractions musculaires, un manque de coordination dans les mouvements, qui l'énervent et le fatiguent plus ou moins, bien entendu suivant sa nature, mais que l'on voit chez tous à un degré quelconque et qui aboutissent à une fatigue générale assez prompte, mais passagère, avec transpiration très accusée chez la plupart. Toutefois, ce que cette fatigue a d'assez remarquable, malgré l'inexpérience et par conséquent l'exagération de contractions de certains groupes musculaires, c'est qu'elle ne donne pas lieu à des courbatures localisées comme une première leçon d'escrime ou d'équitation.

Après 3 ou 4 essais ou leçons, l'équilibre étant trouvé, une sensation de sécurité remplace l'appréhension des premiers jours, sauf à la suite d'un obstacle qui vous attire d'autant plus qu'on le regarde davantage pour l'éviter ; dès lors, la fatigue n'est plus qu'en proportion du chemin parcouru, de la vitesse et des difficultés du parcours. Il ne manque plus au vélocipédiste que de l'entraînement ; il doit le faire progressivement sans jamais arriver à la fatigue s'il veut rester à l'abri de tout inconvénient et profiter des avantages hygiéniques de l'exercice de son choix.

Pour ce qui concerne les affections des maladies urinaires et digestives, du foie principalement, une bonne position est de rigueur. Par bonne position il faut entendre la position droite dans laquelle le

corps repose franchement sur les ischions et nullement sur le périnée, qui fait que tous les membres du tronc, extenseurs et fléchisseurs, contribuent au maintien de l'équilibre, que rien ne gêne et ne comprime les organes abdominaux et n'entrave le jeu du diaphragme, que tous les organes restent dans leur position et leurs rapports normaux sans que la circulation soit par cela même gênée en aucun point.

Pour obtenir cette position, il faut que le guidon soit plus élevé que la selle et pas trop éloigné d'elle. D'ailleurs, aujourd'hui on commence à enseigner à Paris dans les vélodromes la position droite et les cyclistes ne sont plus en antéflexion, position aussi disgracieuse que vicieuse.

Les selles existantes sont mauvaises parce qu'elles compriment toutes le périnée, ce qui est défectueux surtout pour les prostatiques.

Avec la position du cycliste et la qualité de la selle, il y a une troisième condition importante, nous voulons parler de la vitesse, et qui dépend du cycliste, celle-là. Elle ne peut s'obtenir qu'au prix d'un effort, répétition excessive des mouvements si la multiplication est faible, force plus grande à développer si la multiplication de la machine est considérable ; elle ne doit jamais être recherchée du cycliste amateur qui fait de l'hygiène et surtout de celui qui cherche un but thérapeutique, sauf peut-être quand il veut lutter contre l'obésité, et encore il faut dans ce cas beaucoup de prudence.

En résumé, l'usage de la bicyclette est un exercice de bonne qualité qui favorise le développement du système musculaire et régularise les grandes fonctions. Ce sport ne fatigue pas parce qu'il n'exige pas d'efforts considérables. Il est donc à recommander au triple point de vue physiologique, hygiénique et thérapeutique, à trois conditions : 1° bonne position du cycliste ; 2° bonne selle ; 3° vitesse modérée.

Le grand avantage de ce sport c'est qu'il offre un attrait particulier pour ceux qui s'y sont une fois livrés, qualité précieuse pour un exercice, car il devient un plaisir et non une corvée que l'on délaisse le plus tôt qu'on le peut.

(Journal des sciences médicales de Lille.)



114. — Du traitement des douleurs accouchées.— Les sensations douloureuses par suite des érosions superficielles et de molles, la femme qui vient d'accoucher, ne réclame aucun des soins spéciaux de la part du médecin, souvent fort pénibles et assez persistantes. WAY BARKER (de Philadelphie) a trouvé qu'il soulage ces douleurs par l'application de compresses de morphine et d'anodine que notre confrère ne manque pas de prescrire aux nouvelles accouchées aussitôt après la délivrance.

Dans ce but, il se sert d'une compresse carrée de 9 centimètres, qu'on trempe dans de l'eau additionnée de 50 à 60 grammes d'extrait fluide d'hamme, puis on l'applique sur la vulve et on la recouvre d'un linge perméable. Il va sans dire qu'il faut avoir soin que la compresse en étant aussi chaude que possible, ne produise aucune brûlure.

Ces compresses doivent être renouvelées pendant les trois premières heures qui suivent l'accouchement, toutes les trente minutes pendant les six heures suivantes, et à des intervalles de plus en plus espacés.



115. — Traitement local de la métrite. (*Therapeutic Gazette*, 15 juillet 1895.) — I recommande, après le curettage et l'ablation des polypes, des tumeurs adhérentes, l'emploi d'une bonne injection intra-utérine de sublimé à 1/5000. Il faut avoir soin de ne pas introduire de morphine et vaginale pour éviter l'intoxication morphinique. L'iodoforme peut être laissé à demeure dans l'utérus, qui sera tamponné avec des mèches de gaze. Ce dernier moyen agit comme désinfectant, favorise l'involution et diminue les sécrétions.

Une certaine élévation de température est observée dans les opérations intra-utérines : cette élévation n'est pas dangereuse. Dans la grande majorité des cas la température revient à la normale le lendemain.

L'auteur a l'habitude depuis quelques

présence de températures élevées persistantes et d'autres symptômes de fièvre puerpérale, de pratiquer l'examen intra-utérin. A deux ou trois exceptions près il a toujours trouvé des restes de tissu placentaire dans un état de décomposition plus ou moins avancé. Généralement le nettoyage de l'utérus a été suivi de la disparition de la fièvre dans les vingt-quatre heures. Dans les cas où la septicémie vraie s'était déjà déclarée, l'enlèvement de ces débris décomposés a toujours arrêté le progrès de l'absorption.

116.— Emploi de la strychnine contre la faiblesse des contractions utérines. — Nous disposons déjà de plusieurs moyens pour combattre l'inertie de l'utérus. Voici encore une nouvelle méthode de traitement qui n'est pas à dédaigner. DUFF a recours à la strychnine lorsque la lenteur du travail de l'accouchement est due au défaut de contraction de l'utérus. D'abord il emploie cet alcaloïde, chez les femmes affaiblies et souffrant d'atonie musculaire. Ensuite il préconise la strychnine chez les parturientes ayant eu des contractions faibles et irrégulières lors d'accouchements antérieurs ou ayant souffert d'hémorrhagies *post partum*, par atonie utérine.

Voici le meilleur mode d'administration de la strychnine dans ces sortes de cas. Duff ordonne 1 milligramme de cet alcaloïde 3 fois par jour dès la sixième ou huitième semaine du début présumé de la grossesse. Huit jours avant l'accouchement, il a soin d'augmenter cette dose de 1 1/4 à 1 1/2 milligramme *pro die*. Cette manière de faire a donné à l'auteur de brillants succès.

117. — Régime pendant la grossesse. — M. EICHHOLZ (de Kreuznach), dans un numéro récent du *Frauenarzt*, soutient qu'un grand nombre des malaises et des troubles qui accompagnent la grossesse et suivent la parturition sont dus à des erreurs de régime. Pendant la grossesse il faut surtout éviter tout excès d'eau et d'albumine : l'une aurait pour effet le développement excessif du fœtus, et l'autre donnerait lieu à une sécrétion exagérée de liquide amniotique.

Voici le régime que l'auteur prescrit, et qu'il appuie par 25 observations et autant de bons résultats :

Viande fraîche une fois par jour en petite quantité ; légumes verts,

salade, pommes de terre, pain et beurre. Autant que les œufs, les pois et les haricots, trop riches en albumine et l'alcool sont défendus et la boisson doit être ment en cas de soif exagérée. Les fruits, crus ou cuits mangés à discrétion.

Les avantages évidents de ce système sont :

1° L'activité conservée jusqu'à la veille des couches de gonflement et de poids, la fatigue, la soif et la courraissent de bonne heure ;

2° La rapidité et la facilité de la délivrance même si les couches précédentes ont été difficiles et prolongées ;

3° La quantité limitée de liquide amniotique ;

4° Toutes ces femmes ont allaité leurs enfants ; la qualité du lait étaient excellentes.

Les enfants étaient sains et bien conformés, quoique poids moyen était de 6 livres et la circonférence de 134 centimètres.



118. — Ablation des annexes par colpotomie. (*Wratsch*, 1894, n° 47 ; in *Rép. d'obst. et* 1895.) — **TEPLOFF** fait l'historique des différents modes de section pour l'ablation des annexes. Il partage l'opinion que la meilleure voie est l'incision du cul-de-sac postérieur douze cas décrits déjà par Lwowff, Teploff a eu à intervenir vingt-quatre fois. Il résume la technique de la colpotomie de la façon suivante : la malade est mise dans la position de rectomie vaginale. Abaissement de l'utérus à l'aide des Museux. Incision du cul-de-sac postérieur au bistouri, pénétrer de suite dans l'espace de Douglas, élargissement de un et demi à deux et demi travers de doigt. Introduction, parfois avec le médius, dans l'espace de Douglas des annexes malades dans le vagin. S'il y a des kystes des ovaires préalablement au bistouri. Si l'ablation des annexes s'effectue après ligature préalable du pédicule, sinon on le fait de l'utérus, s'il le faut. Lavage du Douglas. Tamponnement de l'espace s'il y a tendance aux hémorragies ou s'il y a rétention de l'utérus. Sinon simple tamponnement vaginal deux jours. Les extrémités des fils des ligatures sont

nées dans le vagin. La malade reste dans le décubitus dorsal six ou sept jours ; ensuite elle peut rester dans le décubitus latéral. Les fils s'éliminent vers le dixième ou quatorzième jour. Alors on permet à la malade de se lever.

Toutes les opérées ont guéri.

Se basant sur ces cas, sur les considérations théoriques, sur les faits, quoique peu nombreux en littérature, l'auteur donne comme indications à la colpotomie postérieure :

1° L'inflammation des ovaires et des trompes avec leur prolapsus dans le cul-de-sac de Douglas où ils contractent des adhérences plus ou moins solides avec les parties avoisinantes ;

2° Les tumeurs kystiques des annexes ne dépassant pas de volume d'une tête d'enfant et senties dans le cul-de-sac ;

3° Quand les annexes sont haut situées et morbides et peuvent facilement être abaissées dans le cul-de-sac par pression sur la paroi abdominale ;

4° Les tumeurs kystiques d'un volume considérable ne peuvent être opérées par la colpotomie postérieure que lorsque leur extrémité inférieure fait saillie dans le cul-de-sac et lorsqu'il n'y a pas d'adhérences au-dessus du détroit supérieur ;

5° Quand il s'agit d'une tumeur solide située dans le cul-de-sac de Douglas et dont le diamètre ne dépasse pas celui de l'incision.

Dans ces conditions, la colpotomie postérieure *doit* être appliquée de préférence à la laparotomie, car elle a sur cette dernière intervention les avantages suivants :

1° De ne présenter aucun danger pour la vie ;

2° D'être d'une exécution plus facile ;

3° De provoquer un traumatisme moindre ;

4° De ne pas laisser de cicatrice à l'abdomen ;

5° De ne pas exposer à des hernies abdominales ;

6° D'avoir des suites opératoires plus bénignes et de permettre aux malades la reprise du travail immédiatement après leur sortie ;

7° D'exiger moins d'aides pendant l'opération et de pouvoir être faite dans des conditions d'installation très simples.

119. — Traitement des accidents de la première dentition. — Le docteur J. DE DICS PEINADO se trouve bien, pour combattre les accidents de la première dentition, de la mise en usage des

moyens suivants. Si l'écoulement est nerveux, bains généraux, dose journalière de 50 grammes de chlorhydrate de cocaïne, si la turgescence des gencives est excessive, on peut donner avec de la glycérine de chlorhydrate de cocaïne, vu la toxicité de ce médicament, on peut donner à un enfant d'un an). Si c'est du muguet, il est traité avec une solution aqueuse de borate de soude. Le catarrhe gastro-intestinal donnera en sus, comme traitement, de bismuth, seul ou un vomitif accompagné de vomitifs donnera une à deux fois par jour on pourra prescrire également associé à de l'ipéca, à la dose de 1 gramme. Si la maladie prend un caractère chronique ou lactique comme le catarrhe du nez.

Dans les catarrhes buccaux, on n'obtient pas de révulsion thoracique avec des révulsifs locaux, on les traite avec des révulsifs généraux, ou le thapsia de l'ipéca à l'intérieur, sont traités par des vomitifs répétés. Les mucosités bronchiques sont traitées avec des bains de son tièdes et des inhalations de zinc.

Enfin les convulsions infantiles, seront traitées avec des stimulants diffusibles (alcaloïdes). Les congestions cérébrales seront traitées avec des révulsifs énergiques, l'application de sangsues aux apophyses mastoïdes se traiteront par le traitement non-congestive primitif.

chloral, l'antipyrine et autres agents similaires. Quant à l'incision de gencives, les avis sont partagés ; l'auteur ne la croit indiquée que lorsque la dent est sur le point de déchirer la muqueuse.

(*Gaceta medica de Granada.*)

* *

120.— Désinfection des organes génitaux de la femme.

— PICCOLI (1), de Naples, a fait des recherches expérimentales sur la stérilisation des organes génitaux de la femme par le sublimé. Il a dirigé les recherches dans ce sens chez des femmes enceintes (du 7^e au 9^e mois) et chez des femmes en travail amenées à la clinique de Morisani. Nous renvoyons au travail original de Piccoli pour toutes les questions de détail. Voici, selon cet auteur, l'unique moyen de stériliser la cavité vaginale : Il faut avoir recours aux injections d'abord de solutions stérilisées de chlorure sodique à 0,75 % et ensuite aux irrigations pratiquées au moyen d'une solution sublimée variant de 0,5 à 1 %. L'injection durera un temps évalué à 2-5 minutes. Il est indispensable d'introduire au préalable dans le vagin une valve de Sims et d'avoir eu soin de nettoyer le vagin au moyen de tampons de ouate. S'il s'agit d'une femme en travail chez laquelle le col est dilaté et la tête fœtale profondément engagée, il suffira d'introduire 1 ou 2 doigts dans le vagin, de faire des lavages vulvaires et d'injecter les solutions précitées dans la cavité vaginale, au moyen d'un irrigateur pour désinfecter le canal génital.

* *

121. — **Traitement de l'éclampsie puerpérale.** — Nous accueillons toujours avec plaisir les documents pouvant servir à élucider la question encore obscure du traitement de l'éclampsie. Selon *Inoïeys* (de Moscou), dans ces cas, les processus oxydants de l'organisme sont entravés, la quantité d'urée diminue et la quantité d'acide urique augmente. Les lésions du foie, organe élaborateur de l'urée, expliquent cet état de choses.

Le traitement répondra donc à plusieurs buts :

1^o Elever le niveau général des processus oxydants de l'organisme. On recommande donc l'oxygène et un régime lacté. La viande peut causer des signes d'intoxication, car les fonctions du foie sont entravées.

(1) *Arch. di ost. e gin.* 1894. Hft. 1-3.

2° Pour éloigner les productions on emploie les sudorifiques, cœur est normal, les inject.

3° Calmer l'excitation du cotiques : bromure de sodium roforme même pendant l'administration du chloroform des muqueuses nasale et la

4° Contribuer à ce que le

5° Enfin, terminer par de le plus vite possible.

A la clinique Golitzine, de sie sur 10,153 accouchements.

A la maison des Enfants-cas d'éclampsie sur 222 acc

A la Maternité de Saint-P 243 accouchements (Gugers bé.

D'après Moussatof, la moi et celle des nouveau-nés, en 1890, une statistique con résulte qu'un cas d'éclamps

A l'hôpital Golitzine, la 9.3 p. 100 et celle *post par* ont eu jusqu'à 24 accès. En 31 fois de l'albuminurie. C *decine de l'hôpital Golitzine*

122.— Du prurit et médicale britannique, dar au 2 août, M. le docteur communication sur le pruri

Le mécanisme anatomo- son action sur un certain ramifications terminales et petits groupes de cellules, niquant avec les filaments

des de l'épiderme ainsi que dans les couches superficielles du derme ; enfin les cheveux et les poils. Il n'y a pas lieu d'être surpris de voir citer les poils et les cheveux, car chaque élément pileux étant entouré à sa base d'un fin réseau de fibres nerveuses à myéline, les cheveux et les poils doivent être considérés comme des organes du tact, et il est probable que l'irritation de leur follicule peut provoquer le prurit.

Mais comment se fait-il que le prurit se manifeste dans certaines affections cutanées et qu'on ne le rencontre pas dans d'autres ? L'explication à donner à cette particularité est difficile. Et cependant, tous les jours, nous rencontrons des faits de ce genre. Chose plus singulière, il est une même maladie, la syphilis, qui donne lieu parfois à du prurit et parfois également ne lui donne pas lieu. En effet, les déterminations cutanées précoces de la syphilis ne sont pas prurigineuses, tandis que les manifestations cutanées tardives de cette même syphilis sont sujettes à déterminer très souvent des démangeaisons.

Les principaux états, soit physiologiques, soit pathologiques, dans lesquels on voit survenir le prurit, sont les suivants : la vieillesse, l'ictère, la goutte, les troubles digestifs, le diabète, les influences saisonnières (*pruritus hiemalis*), enfin les désordres nerveux et psychiques.

Il est de toute évidence que les irritations d'origine réflexe peuvent jouer un certain rôle dans la pathogénie du prurit ; mais dans l'immense majorité des cas, les sensations prurigineuses sont le résultat de l'irritation directe des extrémités nerveuses dans l'épaisseur de l'épiderme et sur les éléments nerveux dont il a été question plus haut.

Pour traiter le prurit, il faut, tout d'abord, songer à en écarter la cause ; ce n'est que quand on ne peut arriver à l'écarter ou tout au moins la neutraliser que l'on peut recourir à l'usage des moyens empiriques.

M. le docteur Call Anderson n'attache qu'une importance secondaire aux applications locales de médicaments destinés à faire cesser le prurit. En réalité, les médicaments destinés à l'usage interne sont bien plus efficaces dans le plus grand nombre de cas. Les meilleurs de ces médicaments internes sont la teinture de *gelsemium sempervirens*, la teinture de *cannabis indica*, l'acide phénique et surtout l'atropine administrée par la voie sous-cutanée, l'antipyrine et la phénacétine à doses progressivement croissantes. On peut souvent aussi retirer de grands avantages de l'électrothérapie. Enfin, selon M. Call Anderson, chez les sujets débilités, l'usage des toniques tels que le

phosphore, l'arsenic, la strychnine. Les derniers médicaments seront plus en usage par la voie hypodermique.

Cette communication de M. le docteur Myrtle est une discussion : M. le docteur Myrtle dit que l'on rencontre si souvent le prurit, presque toujours, dépendent des maladies internes. C'est ainsi que, chez certains sujets, le prurit dépend de la goutte, de la syphilis, etc. C'est ainsi que, chez d'autres, le prurit est dû à une affection de la peau, et cela alors même que ces maladies internes ne leur occasionne leur prurit. M. le docteur Myrtle recommande les médicaments internes que l'on peut employer, tels que le chloral, le phénacétine et de plus le chloral, les applications, sur la région qui est atteinte, d'une solution de potasse caustique à 10 p. 100, à un soulagement considérable.

M. le docteur Walde (de Bristol) a communiqué sur la colonne vertébrale, au sujet du prurit, la région cutanée atteinte par les déformations vertébrales, au sujet de prurit, des effets favorables. Dans les cas d'ostéo-arthritiques, l'usage interne de ces médicaments donne de bons résultats.

Pour M. le docteur Stopfort Tamplin, la majorité des cas de prurit, les médicaments internes n'ont aucune utilité. Ce qui donne les meilleurs résultats, c'est l'observation des règles de l'hygiène, un régime alimentaire approprié, des exercices physiques bien réglés. Les lotions alcooliques donnent de bons résultats. Le prurit anal qui est si fréquent chez les personnes atteintes de constipation. Quant aux applications d'une solution de potasse caustique à 10 p. 100, sont nécessaires que dans des cas graves.

Mme Carret Anderson (de Londres) a communiqué que le prurit est particulièrement très fréquent chez les femmes, mais aussi chez les hommes qui mènent une vie sédentaire, au moins sous certains rapports, alimentaire insuffisant et peu varié, ces conditions, les causes ordinaires du prurit, il faut leur recommander un régime alimentaire approprié, des exercices physiques bien réglés.

repos complet pendant une heure avant le repas du soir et, lorsque la chose est possible, le port d'étoffes de soie au lieu de vêtements de toile ou de coton.

Enfin, M. le docteur Barendt (de Liverpool) dit avoir obtenu, dans certains cas de prurit, des résultats excellents en faisant appliquer, pendant cinq minutes environ, sur les parties où siégeaient les démangeaisons, de l'huile phéniquée à 2 %.

Nous ajouterons, pour notre part, que dans le traitement du prurit, il ne faut pas négliger les bains qui peuvent rendre de très grands services. Dans les cas de démangeaisons causées par l'ictère, les bains alcalins sont souvent très utiles. Dans les cas de démangeaisons dues à certaines maladies cutanées, comme le prurigo aigu par exemple, les bains sulfureux sont très utiles également. Dans d'autres maladies de la peau, l'eczéma, les bains d'amidon soulagent beaucoup. Nous tenions à rappeler ces faits à nos lecteurs.

* * *

123. — Complications observées à la suite de la symphyséotomie. — Dans cette observation publiée par la *Gazette médicale de Paris*, il s'agit d'une femme de 21 ans, délivrée par la symphyséotomie. Cette patiente n'a pas pu supporter le port d'un bandage plâtré après l'opération. La plaie suppura, il se produisit une fistule et les symphyses restèrent mobiles. 3 mois plus tard, après l'avivement de la fistule, on en a retiré quelques débris cartilagineux nécrosés. La guérison ne se maintint pas. La fistule s'ouvrit de nouveau et la symphyse conserva un certain degré de mobilité. Après avoir râclé les granulations, BINAUD (de Bordeaux) divisa la symphyse pour la seconde fois, aviva les extrémités des pubis, puis les sutura au moyen de fils d'argent. Cette section secondaire amena la guérison de la malade. La suppuration évidemment a empêché la réunion par première intention de se faire. Quant au bandage plâtré, il ne peut nullement être regardé comme supérieur à l'emploi d'une bonne suture des deux surfaces articulaires de la symphyse.

FORMULAIRE

Un bon liniment pour la pratique gynécologique.

(JULES CHÉRON.)

Quand, suivant la méthode de Chapmann, on applique, sur la région

FORME

sacrée, un sac rempli d'eau capillaires du bassin, une la décoloration du col utéril utéro-ovarien. En même temps, il est employé sur la névralgie lombaire complication des divers états de l'utérus. L'application douce et prolongée de ce liniment très légèrement réchauffé produit de bons effets ; elle est d'une application facile et pratique gynécologique.

Enfin, nous a donné les indications suivantes. C'est un liniment propre à être employé sur les points douloureux, tout en étant grâce au chloroforme et à l'ether, très agréable. Il présente sur les autres liniments, l'avantage de ne pas refroidir la peau. Sa consistance est telle qu'il reste sur la peau pendant la nuit. Enfin, il est d'une application facile. La formule et le mode de préparation sont les suivants :

Alcool de Fioravanti.....
Chloroforme.....
Ether.....
Huile essentielle de menthe.....
Savon animal. q. s. pour

fondre le savon animal dans l'alcool. Verser la menthe dans une once de 120 cent. cubes. Verser les divers liquides, agiter vigoureusement. Employer en frictions douces sur la région lombo-sacrée.

Ce même liniment peut être employé sur les points douloureux, quel que soit leur siège.

Dire

Mont (Olse). — Imprimerie

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

- I. — INDICATIONS DE L'INCISION VAGINALE.
- II. — INUTILITÉ DE L'ABLATION DES OVAIRES POUR LA GUÉRISON DE L'HYSTÉRIE.
- III. — SUITE DES INSUCCÈS DE L'HYSTÉROPEXIE ABDOMINALE.

I. — Du neuvième *Congrès français de chirurgie*, tenu, à Paris, du 21 au 26 octobre 1895, nous ne retiendrons, dans cette Revue, que deux communications, renvoyant nos lecteurs, pour les autres travaux, à notre compte rendu des Sociétés savantes.

Dans sa communication sur les indications de l'incision vaginale, M. BOULLY envisage les opérations dans lesquelles on peut, par l'incision vaginale, enlever des néoplasmes ou vider des collections contenues dans le petit bassin, tout en conservant l'utérus.

« L'ablation des kystes de l'ovaire par la voie vaginale, dit-il, est évidemment une opération d'exception ; cependant, elle est tout à fait recommandable quand la tumeur est petite et qu'elle est plutôt pelvienne qu'abdominale. C'est ainsi que j'ai pu très facilement, dans 3 cas, enlever des kystes contenant 60, 100 et 300 grammes de liquide.

« L'ablation des fibromes par la voie vaginale, avec con-

Revue des Maladies des Femmes. — NOVEMBRE 1895. 41

servation de l'utérus, est également nulle. Mais quand elle est indiquée, c'est l'opération idéale, soit, par exemple, fibrome développé sur la face antérieure de l'utérus, encore que l'on ait affaire à des polypes de l'utérus. Je suis intervenu deux fois dans la première de ces catégories; j'ai fait la résection du cul-de-sac vaginal, et les suites ont été simples. Pour les faits de la deuxième catégorie, la résection du cul-de-sac vaginal antérieure sur sa face antérieure, l'ablation des polypes dans sa cavité se fait alors sans difficulté, qu'à suturer la plaie de l'utérus qui résulte. Dans cinq cas, j'ai obtenu de cette façon

« Enfin, j'ai pratiqué six fois l'ablation des polypes, avec conservation de cet organe. La première opération date du mois d'août 1886 (1).

« Quant aux collections hémato-utérines, le nom d'hématocèles rétro-utérines est tout à fait approprié, vis-à-vis d'elles, il n'y a pas à hésiter à la préférer. Dans cinq cas je suis intervenu de la sorte, et j'ai obtenu de cette façon se produire d'une façon aussi simple

II. — M. PAMARD (d'Avignon) rapportant l'inutilité de l'ablation des ovaires dans le cas de l'hystérie.

« J'ai fait, dit-il, chez une religieuse, l'ablation des deux ovaires kystiques.

(1) Il s'agit, sans doute, dans ces cas, d'ovaires qui ont pris tout l'intérêt qu'il y avait à ce qu'ils fussent enlevés, ce que j'ai eu l'occasion de voir récemment, chez une femme, les annexes d'un côté et enlevé, par la voie abdominale, de l'autre, une grossesse double, qui a accouché heureusement de deux enfants vivants.

sous le chloroforme l'augmentation de volume. Toutes les manifestations d'hystérie qu'elle présentait auparavant disparurent pendant huit mois, puis elle accusa de nouveau des douleurs qui nécessitèrent une deuxième intervention, dans laquelle je fis l'ablation d'une partie d'épiploon adhérente à la cicatrice. Il y eut, pendant plusieurs mois, une rémission de tous les accidents, qui, depuis, ont persisté avec la même intensité qu'avant l'intervention opératoire. »

Cette communication est intéressante par cette circonstance que la rémission survenue, du côté des manifestations hystériques, pendant les huit premiers mois qui ont suivi l'ablation des ovaires, aurait pu faire croire à l'auteur, s'il n'avait pas eu l'occasion de revoir sa malade, à une guérison plus ou moins nette. Il est bien probable que les faits de soi-disant guérison de l'hystérie par la castration sont des faits observés pendant une période de temps insuffisante après l'intervention. J'ai moi-même (1) publié une observation qui justifie cette remarque : la malade avait été perdue de vue par le chirurgien distingué qui l'avait opérée et il avait cru à une amélioration de l'hystérie, alors que les crises convulsives continuaient à être tout aussi fréquentes qu'avant l'intervention.

III. — Nos lecteurs se rappellent peut-être que j'ai insisté, à plusieurs reprises, dans ce journal, sur l'idée fausse qui a servi de principe à l'hystéropexie abdominale. Fixer solidement l'utérus à la paroi antérieure de l'abdomen, c'est créer une situation pathologique aussi pénible que la déviation qu'on veut combattre ; les résultats ne *peuvent* pas être satisfaisants. Les statistiques disent : guérison, alors que l'opérateur constate qu'il a bien atteint le résultat qu'il recherchait, mais

(1) J. BATUAUD. L'ablation des annexes est-elle utile au point de vue de la guérison de l'hystéro-épilepsie ? Observation. *Revue méd.-ch. des maladies des femmes*, nov. 1889.

résultat orthopédique (et encore là s'antiphysiologique) et résultat symptomatiques, dans l'espèce.

L'observation suivante, rapportée vers), tout récemment (1), vient ajouter des succès de l'hystéropexie :

« Il s'agit d'une personne mariée ans, à laquelle notre collègue Desgrèbre 1894, une hystéropexie abdominale. Notre attente, furent trouvées saines tal six semaines plus tard, mais les idées à se faire opérer étaient loin d'être déjà se plaindre le 28 décembre si œuvre tous les moyens rationnels l'état, différait constamment une note réclamait déjà fin janvier. En avril, pirer ; les douleurs à gauche, cour sommeil, et une anorexie presque totale lade un facies utérin type. Heureusement. L'examen pratiqué à cette époque, renseigne léger colpocèle antérieur intimement uni à la paroi abdominale plus petit mouvement imprimé au légèrement pratiquée qu'elle soit, persiste lente avec irradiation dans l'hypogastrique n'insiste guère sur le toucher des annexes qui paraissent saines.

« Diagnostic : métrite parenchymateuse.

(1) HENROTAY. Hystérectomie après hystéropexie, *Revue belge de gynécologie*, séance du 20 octobre 1904.

(2) N'est-ce pas démontrer, de la façon la plus évidente, que la fixation des douleurs pouvait et devait être attribuée à la fixation vicieuse et artificielle du fond utérin ? (J. B.)

hypertrophique (1). L'hystérectomie me paraît être la seule chance de guérison (2).

« Celle-ci fut pratiquée le 6 juin 1895, avec l'assistance de mes confrères Kockerols et Sermon. A part une vascularisation extraordinaire des tissus, l'ouverture des culs-de-sac et le décollement de la vessie ne présentent rien de spécial.

« Mais l'abaissement et le basculement de l'utérus est absolument impossible, en dépit des tractions permises exercées. Celles-ci n'ont d'autre effet que de déprimer profondément en entonnoir les parois abdominales. A l'aide d'un rétracteur introduit dans la brèche vaginale antérieure, j'aperçois très nettement l'adhérence; mais la crainte de blesser l'intestin avec les ciseaux ou les pinces me décide à m'adresser à la laparotomie pour libérer l'utérus.

« Je fis donc une toute petite boutonnière un peu au-dessus du point de la paroi abdominale qui, lors des tractions, correspondait au fond de l'entonnoir, de façon à arriver immédiatement au-dessus de l'adhérence. Je pus alors me rendre compte de l'absence complète de pédicule; bien plus, il me fut difficile d'insinuer une pince entre la paroi abdominale et l'utérus pour libérer celui-ci en coupant au ras des mors. Fermeture de l'abdomen, reprise de l'hystérectomie. Guérison.

« Voici la pièce, telle qu'elle a été enlevée, avec cette circonstance presque aggravante, que son mode de conservation particulier lui a gardé l'aspect qu'elle avait à l'état frais et qu'elle n'est pas du tout rétractée par l'alcool.

« Sur la face antérieure on voit très nettement la forme

(1) Il fallait ajouter : et fixation pathologique, douloureuse, de l'utérus à la paroi abdominale (J. B.)

(2) Les annexes étant saines, la malade étant encore très jeune, il eût été plus conforme aux idées conservatrices d'essayer de détruire les adhérences chirurgicales et de soigner ensuite la métrite parenchymateuse par les procédés ordinaires. La seule objection était la difficulté de la rupture, même après laparotomie, de ces adhérences artificielles dont la reproduction risquait fort de se faire plus tard, aussi comprend-on que l'auteur ait eu recours à l'hystérectomie (J. B.)

même de la surface d'adhérence qui correspond mathématiquement à la surface d'avivement ; mais pas de trace de pédicule.

« Notre confrère Jacobs nous a présenté deux fois des pédicules produits à la suite de l'hystéropexie abdominale. Le danger de semblables brides dans la cavité péritonéale n'est pas discutable. Mais sont-ils imputables au principe de l'opération ? Cela me paraît douteux, car le manuel opératoire joue ici le rôle capital, etc. »

L'auteur expose alors la méthode qu'il emploie et qui permet d'obtenir une surface d'adhérences solides, comme cela avait été obtenu dans le cas en discussion.

La conclusion qui se dégage de cette observation, comme de celle que j'ai moi-même publiée dans ce journal, au mois d'avril 1892, alors que l'hystéropexie était en pleine vogue (1), a été formulée de la façon suivante par M. JACOBS : « Quant aux motifs qui ont fait intervenir M. HENROTAY, je partage l'opinion que M. POPELIN vient d'émettre au Bureau, c'est que *l'hystéropexie était trop bien faite. L'exaspération des douleurs dont se plaignait cette femme était occasionnée par la fixation exagérée de l'utérus malade à la paroi abdominale.* » Il est intéressant de retenir cet aveu d'un ancien partisan de l'hystéropexie abdominale.

JULES BATUAUD.

TECHNIQUE THÉRAPEUTIQUE

(9^e article, voir les numéros de janvier, février, mars, avril, mai, juin, juillet, août 1895.)

Des applications intra-utérines et intra-cervicales,

Par le D^r Jules CHÉRON, médecin de Saint-Lazare,
et le D^r Jules BATUAUD, ancien interne de Saint-Lazare.

SOMMAIRE. — Discussion des indications des applications intra-utérines au traitement de l'endocervicite et de l'endométrite catarrhale ou hémorrhagique.

(1) JULES BATUAUD. Sur un cas d'hystéropexie vaginale. *Revue méd.-chir. des mal. des femmes*, avril 1892 et *passim*.

Contre-indications pendant la période aiguë de l'infection blennorrhagique et dans les poussées aiguës de salpingite. Les lésions chroniques des annexes ne sont pas une contre-indication à l'emploi des applications intra-utérines, avec la technique que nous conseillons. Les déviations utérines ne sont pas, non plus, une contre-indication ; précautions à prendre dans les réflexions.

Le maintien de la perméabilité du canal cervical est une condition indispensable.

Substances employées en applications intra-utérines : teinture d'iode, solution normale de perchlorure de fer, solution de chlorure de zinc à 10 et à 50 %, glycérine créosotée, glycérine iodoformée, glycérine sublimée, glycérine phéniquée, glycérine ichthyolée, mélange de salol et d'antipyrine, résorcine en solution concentrée, solution de chlorhydrate de cocaïne, solution de résorcine et de cocaïne. L'acide nitrique anhydre, l'acide chromique, l'acide phénique concentré, tous les caustiques forts sont à rejeter. Choix à faire parmi ces diverses substances, suivant les indications.

Appareil instrumental : Applicateur de Playfair modifié par les auteurs.

Technique : Position de la malade. Injection vaginale. Placement du spéculum à crémaillère. Protection du cul-de-sac postérieur. Application proprement dite. Applications cervicales. Applications intra-utérines. (Courbure de l'applicateur, son introduction, mouvements de latéralité, durée de l'application suivant les cas.) Pansement consécutif. Nombre des séances. Utilité de varier les substances employées.

Résultats obtenus dans l'endocervicite et dans l'endométrite.

Nous désignerons sous le nom d'*applications intra-utérines et intra-cervicales*, le mode de traitement qui consiste à porter et à maintenir pendant un temps plus ou moins long, mais n'excédant pas généralement quelques minutes, un *topique liquide caustique, cathérétique, modificateur ou sédatif* au contact de la muqueuse de la cavité utérine ou de la muqueuse du canal cervical. Nous préférons employer le terme d'applications intra-utérines qui peut désigner à la fois l'emploi des divers topiques liquides, caustiques ou non caustiques, à celui de *cautérisations intra-utérines*, dont le sens est beaucoup trop restreint. Nous verrons d'autre part que les substances caustiques ne doivent être employées qu'avec la plus grande réserve et que les topiques auxquels nous donnons la préférence rentrent plutôt dans la classe des modificateurs de la muqueuse que dans celle des caustiques proprement dits.

Ce sont les lésions inflammatoires de la muqueuse utérine (cavité du corps, canal cervical) qui représentent l'indication principale des applications dont nous parlons.

Sans doute, les endométrites interstitielles, les endométrites hyperplasiques et l'épaississement considérable de la muqueuse sont justiciables du curettage. On ne saurait ramener à l'état normal une muqueuse dont le glandulaire est transformé en tissu fibreux (et on ne peut ni faire rétrograder les hypertrophies glandulaires ni faire disparaître les kystes). Dans les endométrites glandulaires hyperplasiques, persévérant des applications intra-utérines, dans bien des cas, alors que les lésions sont superficielles et de date plus récente, le moyen thérapeutique étudié permet une restauration presque équivalant à la guérison. Il y a du reste une tendance marquée des gynécologistes à réserver le curettage aux lésions profondes et à traiter par les topiques liquides les lésions superficielles, surtout dans les cas d'origine récente.

De même, pour l'endocervicite ; si certains cas guérissent par l'excision de la muqueuse cervicale, quand elles guérissent, d'autres sont très facilement guéries par les applications locales appropriées.

Entre les cas types qu'on juge d'emblée devoir bénéficier de l'intervention chirurgicale soit du traitement médical, si l'un ou l'autre existe, on le comprend sans peine, une catégorie de cas dans lesquels on ne peut se prononcer. On essaie la guérison par les applications topiques pendant quelques semaines ou quelques mois, on fait un curettage d'exploration fait au début du traitement, et après permettra de constater s'il est logique de persévérer dans la même voie.

La période aiguë de l'infection blennorrhagique ne permet pas l'emploi des applications intra-utérines, nous avons déjà énoncées à propos des infections aiguës. Dans les poussées aiguës de salpingite, on doit s'abstenir ; en effet s'il s'agit d'infection blennorrhagique, il est vraisemblablement attribuer la poussée à une réinfection récente et on rentre dans le traitement d'une infection puerpérale, il est beaucoup

courir sans retard au curettage qui peut seul enrayer un processus pathologique plein de menaces pour l'existence.

Les lésions chroniques des annexes ne contre-indiquent nullement les applications intra-utérines, surtout avec la technique que nous conseillons. S'il était nécessaire d'abaisser l'utérus à la vulve pour faire une bonne application intra-utérine, on pourrait craindre en effet que la manœuvre d'abaissement ne présente de sérieux inconvénients, mais telle n'est pas notre manière de faire, ainsi que nous l'avons déjà exposé précédemment. Nous trouvons au contraire, dans l'existence de lésions annexielles chroniques une indication de plus à la guérison de l'endométrite, à la stérilisation de la cavité utérine, point de départ des recrudescences de salpingite.

Les déviations utérines ne sont pas non plus un obstacle au traitement que nous étudions, la modification de la courbure de l'applicateur permettant d'adapter l'instrument à la position variable du corps utérin. Il convient seulement, dans les rétrodéviations, de ne pas employer de substances trop irritantes et de ne pas imbiber trop largement le cône d'ouate de l'applicateur pour qu'il ne reste pas d'excès de liquide dans la cavité utérine où il pourrait soit faire une destruction trop énergique des tissus dans le premier cas, soit être expulsé au prix de coliques plus ou moins douloureuses, dans le second cas. Dans les rétroflexions tout particulièrement, on veillera à maintenir la perméabilité constante du canal cervical pour éviter ce double inconvénient. C'est dans ces conditions que le dilatateur antéropostérieur du D^r Batuaud rend des services incontestables ; nous aurons du reste l'occasion d'en parler dans un prochain article. Rappelons seulement ici que le maintien de la perméabilité du canal cervical est une condition indispensable à l'emploi des applications intra-utérines ; aussi doit-on souvent recourir à la dilatation concurremment avec ce mode de traitement.

La teinture d'iode pure s'adresse aux endométrites hémorragiques et aux endocervicites ulcéreuses ; il faut que le canal cervical soit très large pour qu'on puisse en répéter l'emploi sans crainte de sténose consécutive.

La solution normale de perchlorure de fer présente les mêmes indications.

La solution de chlorure de zinc à 10 et à 50 % s'adresse surtout aux lésions glandulaires ; peu utilisée en injections intra-utérines, elle est un des meilleurs topiques et des plus fréquemment recommandés en applications locales. La solution forte est réservée aux gros cols largement béants des multipares, encore faut-il surveiller de très près la perméabilité du canal cervical. La solution à 10 % est préférable en général. Les applications de chlorure de zinc soit intra-cervicales, soit intra-utérines, ne doivent pas être répétées plus d'une fois par semaine.

La glycérine iodoformée, la glycérine créosotée, la glycérine sublimée, la glycérine ichthyolée s'emploient aux mêmes titres qu'en injections intra-utérines et, ici encore, sont indiquées contre les formes catarrhales de l'endocervicite et de l'endométrite.

Le mélange à parties égales de salol et d'antipyrine, préconisé par M. Labadie-Lagrave, est un topique recommandable dans les formes légères de l'endométrite hémorragique. On sait qu'en faisant chauffer, dans un tube de verre, un mélange d'antipyrine et de salol, on obtient la liquéfaction momentanée de ces deux poudres, ce qui permet de porter facilement l'antipyrine, dont les propriétés hémostatiques sont depuis longtemps connues, au contact de la muqueuse utérine. Nous avons employé ce nouveau topique avec avantage, mais nous devons dire qu'il serait téméraire d'espérer qu'une ou deux applications, ainsi qu'on a semblé le croire, suffisent à mettre définitivement un terme aux hémorragies d'origine endométritique ; pour notre part, nous n'avons constaté que des arrêts momentanés de l'hémorrhagie quand nous ne répétions pas souvent les applications locales.

La résorcine en solution concentrée (parties égales d'eau et de résorcine) est utilisée depuis une dizaine d'années par l'un de nous (D^r Chéron). C'est une substance d'un emploi précieux ; avec elle, pas de douleur, pas d'action caustique, par suite pas de sténose à craindre, quelque répété qu'en soit l'usage ; son onctuosité lui permet de passer facilement, même à travers un canal étroit ; l'eau s'évapore, la résorcine se dépose en poudre impalpable sur les points touchés et y exerce une action durable, à la fois modificatrice et antiseptique. Elle est surtout indiquée dans les hypertrophies glandulaires ; elle réussit dans les formes hémorragiques, surtout si les hémorrhagies sont en rapport avec l'endométrite hyperplasique diffuse, mais elle ne rend pas de ser-

vices, à ce point de vue (action hémostatique), dans l'endométrite interstitielle. Employée avec persévérance, elle peut amener des réductions très notables de l'épaisseur de la muqueuse hypertrophiée, ce que le curettage explorateur permet de constater facilement. Dans l'endocervicite catarrhale ou purulente, la résorcine est également très active et peut, à elle seule, suffire dans les cas légers. Dans les formes graves de l'endocervicite, on l'associera avantageusement aux applications de chlorure de zinc, ces dernières ne pouvant être fréquemment renouvelées alors que la résorcine, comme nous l'avons déjà dit, peut être employée journellement sans inconvénient aucun.

La solution de chlorhydrate de cocaïne à 10 % est utile dans les réflexes douloureux qui ont leur point de départ, chez les névropathes surtout, dans une lésion du canal cervical. Nous l'associons volontiers à la résorcine en solution concentrée.

Toutes les substances que nous venons d'étudier sont plutôt modificatrices que caustiques. Nous considérons qu'on doit rejeter l'usage des caustiques forts : acide nitrique anhydre, acide chromique, acide phénique concentré, etc., qui peuvent détruire les tissus trop profondément pour la conservation de leurs fonctions physiologiques et qui d'autre part, ainsi que cela a été observé plusieurs fois notamment pour l'acide chromique) donnent trop souvent lieu à des phénomènes d'intoxication plus ou moins graves et même mortels.

D'après cet exposé, on choisira la cocaïne comme calmant, la résorcine comme modificateur de la muqueuse hypertrophiée, la teinture d'iode, le perchlorure de fer, le mélange d'antipyrine et de salol dans l'endométrite hémorrhagique, le chlorure de zinc dans les endocervicites ou les endométrites purulentes, et, dans bien des cas, on fera alterner l'emploi de ces divers topiques de choix suivant les indications multiples qu'on aura à remplir.

L'instrument spécial est, ici, le porte-topique de Playfair, d'un usage très répandu.

Le porte-topique de Playfair est constitué par une petite tige cylindro-conique en cuivre rouge de 10 centimètres de longueur, rugueuse à sa surface et très flexible, vissée sur un manche de 20 cent. de longueur, en baleine.

L'asepsie de cet instrument était difficile, d'autre part nous

avons constaté qu'une tige aplatie passait facilement dans le canal cervical qu'une tige cylindrique rugosité de la tige ne présentaient que de suite le porte-topique modifié par nous est suivante : une tige flexible en cuivre rouge, de 10 centimètres, d'une largeur de six à huit millimètres, d'une épaisseur de 1 millimètre vissée sur un manche de 10 cent. de longueur.

Ce porte-topique ayant été stérilisé par ébullition, de l'ouate aseptique est enroulée autour et plongée dans la solution choisie pour faire l'application.

La position de la malade, l'injection vaginale, le placement du spéculum à crémaillère ne présentent aucune particularité dans le cas actuel (voir les articles précédents).

Si on fait usage d'une substance plus ou moins irritante d'iode, perchlorure de fer, chlorure de potassium, de protéger le cul-de-sac postérieur et la lèvre antérieure à l'aide d'un petit tampon d'ouate hydrophile, on ferme la valve inférieure du spéculum et le col, l'excès de liquide pouvant sourdre de l'orifice pendant l'application.

Avant chaque application, il est nécessaire de nettoyer la muqueuse cervicale et la muqueuse utérine par des lavages (voir les articles précédents.)

Pour les applications cervicales, nous recouvrons la poupée d'ouate enroulée autour du porte-topique le permet le degré de perméabilité du spéculum pour porter l'action du médicament sur toute la muqueuse cervicale. Au besoin, on fait plusieurs applications successives augmentant un peu chaque fois la quantité de liquide sur l'instrument. Nous employons souvent ce procédé pour les dilatations légères du col, lorsqu'il est facile de l'opérer. En général, le topique doit être maintenu, pendant quelques minutes, au contact du canal cervical. Il n'y a, ici, aucune contre-indication, puisqu'on ne cherche pas à pénétrer dans l'utérus.

Quand on veut faire une application intra-utérine, l'exacte du corps de l'utérus étant connue à l'aide du spéculum à crémaillère, on introduit le porte-topique dans l'utérus.

MÉMOIRES ORIGINAUX.

la tige flexible du porte-topique, la courbure convenable introduction facile. Si l'on éprouve une légère résistance veau de l'isthme, il suffit d'attendre un instant pour spasme musculaire cesse de lui-même, et, si la courbu bonne, l'instrument pénètre bientôt, sans provoquer de do dans la cavité utérine. Le porte-topique est poussé douc jusqu'au contact du fond de l'utérus et laissé deux ou troi nutes immobile, puis on imprime au manche de l'instrume légers mouvements de latéralité pour toucher successiv tous les points de la cavité utérine. Chaque application doit en moyenne, une durée de cinq minutes. On retire l'applic lentement et en suivant la marche inverse de l'introducti faut savoir que le retrait de l'appareil est souvent plus p que son introduction si, comme cela arrive avec les utér subinvolution, le contact du corps étranger placé dans la a déterminé une contraction du muscle utérin qui vient se plus ou moins énergiquement sur le porte-topique.

Il ne reste plus qu'à étancher le liquide qui vient sou l'orifice externe, à essuyer soigneusement le col avec de l hydrophile et à faire le pansement indiqué (voir l'article : P ments cervico-vaginaux).

On fait, en général, deux à trois applications par semai variant les substances employées suivant les indications, c nous l'avons exposé un peu plus haut.

En discutant les indications des applications intra-cerv et intra-utérines, nous avons dit les résultats qu'on pouv attendre dans l'endocervicite et dans l'endométrite. Il s'a, contestablement d'un mode de traitement très énergique e rapidement efficace quand il est judicieusement employé.

(A suivre

DE L'ELYTROTOMIE

Dans le traitement des collections pelviennes

Par le Docteur VAUTRIN,

Professeur agrégé à la Faculté de Nancy.

(Communication faite à la Société de médecine de l'Est.)

Pour bien comprendre la disposition ordinaire des coll pelviennes chez la femme, il importe de les distinguer en

catégories : les collections sanguines et les collections de nature inflammatoire. Je laisse à part les collections kystiques, qui rentrent tout à fait indirectement dans ce sujet et relèvent d'un traitement spécial par la laparotomie. Ainsi envisagé, le chapitre des collections pelviennes chez la femme est immense, puisqu'il comprend la plus grande partie des lésions utérines et annexielles; de plus au point de vue étiologique, la question embrasse un large horizon, car elle comprend les affections inflammatoires qui surviennent dans l'appareil génital du jeune âge à la vieillesse, pendant la vie génitale, la puerpéralité, l'âge critique, etc. J'ai besoin de restreindre le sujet aujourd'hui dans des limites plus étroites, puisque je veux envisager seulement le traitement des collections pelviennes, qui par leur situation, leur importance et leurs rapports, me paraissent justiciables d'une opération tour à tour vantée et décriée — plus souvent décriée — *l'élytrotomie interligamentaire*.

Les collections pelviennes occupent différents sièges, intéressent divers organes. Chez la femme, les viscères pelviens sont tellement pressés, enchevêtrés pour ainsi dire dans leurs rapports et leurs connexions, qu'il est difficile d'assigner des limites déterminées aux inflammations péri-utérines. Jusqu'à ces dernières années, la gynécologie resta négligée; ses tendances simplistes s'accommodaient mal de l'étude détaillée et compliquée des inflammations pelviennes. Les uns, avec Nonat, accusaient le tissu cellulaire d'être le siège des lésions phlegmoneuses et des suppurations. Vinrent ensuite, vers 1856, les travaux de Bernutz et Goupil, qui enlevèrent au tissu cellulaire sa suprématie morbide pour la donner au péritoine; ce fut le règne de la pelvi-péritonite. Toutes les inflammations relevaient alors du péritoine, dont la susceptibilité passait pour excessive dans le pelvis. Cependant de nombreux observateurs avaient remarqué l'existence des lésions salpingitiques, mais comme la thérapeutique applicable à ces affections était la même que celle de la pelvipéritonite, la question n'avança pas jusqu'au jour où Lawson Tait extirpa le premier les annexes malades (11 février 1872). Dès lors des tentatives analogues furent faites dans tous les pays et la face de la pathologie inflammatoire pelvienne fut changée. La réaction fut violente et trop absolue, si l'on en juge par l'intransigeance de certains chirurgiens, qui avec Byford et Ter-

rillon, allèrent jusqu'à nier l'existence d'inflammations pelviennes autres que les salpingites. Depuis 20 ans les matériaux sur cette question se sont accumulés, les discussions à la Société de chirurgie et dans les différentes réunions de gynécologie ont mûri le problème que la sagacité de quelques-uns avait déjà en partie résolu. D'ailleurs, depuis que les suppurations pelviennes sont du domaine chirurgical, et surtout depuis qu'on sait les atteindre par les voies abdominale et vaginale, on a eu maintes fois l'occasion de constater leur siège, leur disposition, leur manière d'être et aussi leurs causes ; et il n'est pas aujourd'hui un chirurgien un peu exercé qui n'ait sur ces faits une opinion exacte, basée sur l'expérience acquise et sur les observations cliniques. Toutefois, à part le livre de Delbet, la littérature médicale est pauvre en travaux d'ensemble sur les collections pelviennes ; il semble qu'à l'heure actuelle, chacun hésite encore à fournir une appréciation personnelle sur un point de nosologie qui tacitement est résolu. J'apporte ici une modeste contribution à l'étude de certaines formes, discutées encore il y a peu de temps, de collections pelviennes.

Je ne rapporterai pas dans ce travail les observations ayant trait aux collections sanguines ou suppurées que j'ai eu l'occasion de traiter par la laparotomie. Ces cas, au nombre de 22, m'ont donné les meilleurs résultats opératoires, puisque je n'ai enregistré aucun revers. Je serais donc ingrat de ne pas donner mes préférences à la laparotomie, lorsque l'occasion s'en présente ; mais j'estime que cette opération offre toujours certains risques, qu'il est du devoir du chirurgien d'éviter par une autre opération plus offensive, s'il en existe. Toutes les collections ou inflammations développées dans le bassin, ayant un certain volume, parfaitement accessibles par la voie abdominale, me paraissent justiciables de la laparotomie. Je range dans cette dernière catégorie la presque totalité des salpingites, qu'il est plus aisé et plus rationnel d'atteindre par l'incision abdominale, les hématoécèles volumineuses, dues en grand nombre à des ruptures de grossesse tubaire. Il est encore d'autres collections suppurées, généralisées au pelvis et habituellement consécutives à des accidents puerpéraux, qu'il est préférable d'ouvrir par la laparotomie sous-péritonéale. Enfin, je n'oublie pas les lésions annexielles bilatérales qui entourent l'utérus d'une gangue in-

flammatoire résistante, agglutinant ensemble les divers organes pelviens ; pour ces cas, je réserve l'hystérectomie vaginale, qui m'a donné 6 beaux succès.

Il est des collections pelviennes, pour lesquelles l'hystérectomie serait une intervention disproportionnée, et la laparotomie une opération téméraire et dangereuse ; je veux parler des hématocèles ou des suppurations siégeant autour de l'utérus, sur ses faces antérieure, postérieure ou latérale, lésions de volume assez réduit et le plus souvent enkystées au voisinage du vagin. Il est indispensable de déterminer chemin faisant la topographie de ces lésions.

I

Les plus nombreuses, celles que le chirurgien a très souvent l'occasion de constater, siègent dans le cul-de-sac de Douglàs, en arrière du segment inférieur de l'utérus, dans cette dépression profonde limitée en arrière par le rectum, sur les côtés par le relief des ligaments utéro-sacrés et en avant l'utérus. Les collections qui se forment dans ce point profond du bassin sont bien souvent des hématocèles, ou encore des collections séreuses de pelvipéritonite, ainsi que j'en ai observé deux cas, ou enfin des suppurations développées dans les trompes et autour d'elles. Le cul-de-sac postérieur du vagin est alors refoulé en bas par une tumeur dure et douloureuse au toucher ; le col est porté en avant et fixé dans cette position ; parfois les culs-de-sac latéraux sont libres, mais généralement et surtout quand il y a salpingite, on sent un relief dur et douloureux se prolongeant d'un côté dans le pelvis. Le palper combiné au toucher ne révèle aucun phénomène spécial, car tout se passe dans la région pelvienne décline, dans l'angle dièdre compris entre les ligaments utéro-sacrés, loin du pubis et de l'angle sacro-vertébral. Le toucher rectal indique un relief très marqué dans l'intestin, dont la lumière est aplatie d'avant en arrière. Le diagnostic de ces lésions n'offre pas de grandes difficultés, mais la thérapeutique peut prêter à des considérations importantes.

En ce qui concerne l'hématocèle, on est unanime à reconnaître que l'intervention est inutile dans les collections d'importance si restreinte ; les malades du reste souffrent fort peu et le repos au lit, les injections antiseptiques, sont des moyens suffisants

pour assurer la résorption de l'épanchement dans de bonnes conditions. Mais il ne faut pas oublier que les collections sanguines rétro-utérines sont souvent le résidu d'épanchements volumineux, résorbés en partie, emprisonnés dans des loges formées par des adhérences et qui ne sont plus susceptibles de guérison. D'autre part, sans parler des cas où la collection est envahie par les éléments pyogènes, il n'est pas rare de rencontrer des hématoécèles rétro-utérines chez les femmes atteintes depuis longtemps de péri-méto-salpingite. Dans ces conditions, l'intervention s'impose. Et s'il est vrai que l'hématoécèle ait pour cause fréquente la rupture d'une grossesse tubaire, on m'accordera bien qu'il est au moins utile, dans ces cas, sinon formellement indiqué, d'évacuer la poche sanguine et de l'explorer attentivement. On sera donc assez souvent amené à intervenir dans l'hématoécèle rétro-utérine, même peu volumineuse.

Il est hors de doute que l'existence d'une suppuration rétro-utérine réclame impérieusement l'évacuation. Je ne parle pas des collections séreuses pelvi-péritonitiques qui échappent au diagnostic, et pour lesquelles l'opération s'imposerait au même titre que pour les suppurations pelviennes.

Quelle voie peut donner facile accès au fond du bassin ? A coup sûr c'est la voie vaginale et l'incision du cul-de-sac postérieur du vagin, autrement dit *l'élytrotomie interligamentaire*. La laparotomie exigerait pour atteindre le foyer d'assez longues manœuvres à travers les adhérences pelviennes, elle exposerait aux dangers d'une évacuation difficile et incomplète et nécessiterait un drainage. Plus simplement l'élytrotomie arrive au but en effondrant le plancher péritonéal au-dessus duquel se trouve la collection, en évacuant celle-ci et en établissant un drainage. Cette opération bien réglée en 1870, par Gaillard Thomas, a subi fort peu de modifications depuis cette époque. Les uns ont préconisé, avec Byford, Boisleux, l'incision verticale dans le but d'épargner les ligaments utéro-sacrés et de ne pas nuire à la statique de l'utérus ; les autres tiennent pour l'incision transversale pratiquée en arrière du col. Ces derniers, parmi lesquels je me range, prétendent avec raison que l'exploration de la cavité est plus facile et que l'ouverture de poches secondaires, comme il en existe souvent dans ces cas, s'opère plus simplement. J'estime d'ailleurs que l'incision transversale ne doit pas intéresser les ligaments

utéro-sacrés ; elle a une longueur suffisante, si elle reste inscrite dans la dépression intermédiaire, et en se maintenant dans ces limites, on ne risque pas d'atteindre les veines et artères utérines, ni les uretères.

Une fois l'incision vaginale pratiquée, le doigt, introduit dans la plaie, décolle le tissu cellulaire en suivant l'utérus, arrive sur la tumeur qui résiste et l'effondre d'un seul coup. Le liquide s'écoule aussitôt. Un lavage antiseptique nettoie la cavité et le doigt peut alors l'explorer en tous sens. En faisant déprimer la paroi abdominale, on peut affaisser le plafond, l'amener au contact du doigt, qui vérifie s'il existe d'autres poches ou une salpingite. Dans ce dernier cas, le doigt ouvre les cavités secondaires. Je n'ai jamais été dans la nécessité de pratiquer, comme l'ont fait souvent Byford et Laroyenne, l'ablation des annexes par la voie vaginale, mais j'ai vu pratiquer cette opération par le chirurgien lyonnais. Je reconnais qu'elle est possible ; mais, comme dit Bonneau, elle est dangereuse dans certains cas. Elle nécessite du reste une incision vaginale plus étendue et expose aux dangers de l'hémorragie. C'est pour obvier à cet inconvénient que Laroyenne et ses élèves laissent une éponge à cheval sur l'incision vaginale, afin de réaliser ainsi une compression hémostatique. J'ai pu me dispenser jusqu'aujourd'hui de toute instrumentation compliquée, le bistouri et le doigt me suffisent. Laroyenne se sert d'un trocart présentant la courbure du pelvis ; il l'enfonce dans la poche en arrière de l'utérus, puis conduit sur une rainure de la canule le métrotome de Simpson fermé ; cet instrument est retiré ouvert, ce qui procure un débridement latéral considérable permettant l'ablation des ovaires ou des trompes, si la chose est reconnue nécessaire. Si Laroyenne emploie une instrumentation semblable, c'est qu'il a adopté depuis longtemps l'élytrotomie comme méthode de traitement de toutes les suppurations pelviennes, aussi bien des collections volumineuses pelviennes, supérieures que des collections pelviennes inférieures. Bien que les résultats de Laroyenne, de Condamin, de Goullioud soient avantageux, je considère que la laparotomie et l'hystérectomie vaginale ont des indications et une valeur au moins comparables. On sait, en effet, que l'élytrotomie appliquée aux cas un peu compliqués expose aux récidives et ne dispense pas toujours, de l'aveu des chirurgiens lyonnais,

d'une hystérectomie secondaire. Voici les résultats de ma pratique personnelle dans les collections rétro-utérines.

J'ai fait 17 fois l'élytrotomie postérieure ; neuf fois pour des suppurations pelviennes, deux fois pour épanchement séreux dans des loges de pelvipéritonite et 6 fois pour hématocele. Je vous demande d'insister sur quelques-unes de ces observations qui comportent un enseignement utile.

(A suivre.)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE.

tenu à Paris du 21 au 26 octobre 1895.

Séance du samedi 26 octobre (soir).

UTÉRUS ET SES ANNEXES.

Des indications et de la valeur de l'incision vaginale.

M. BOUILLY, de Paris. Je m'occuperai seulement dans cette communication des moyens fournis par l'incision vaginale afin d'enlever des tumeurs et des collections péri-utérines et des fibromes utérins.

Ces opérations se feront sans délabrements, ni mutilations.

Nous étudierons donc l'incision vaginale successivement dans l'ablation : a) des kystes de l'ovaire ; b) des fibromes de l'utérus ; c) dans l'extirpation des annexes d'un côté ; d) dans la cure des hématoceles peri-utérines.

A. Ablation des kystes de l'ovaire.

La voie vaginale pour l'ablation des kystes doit être une voie d'exception ; elle est recommandable seulement dans les cas où le kyste est petit, situé en arrière et sur les côtés de l'utérus ; en un mot, lorsque le kyste est pelvien.

Dans les conditions inverses, il faut préférer les opérations par l'abdomen. J'ai pratiqué l'opération par le vagin trois fois avec succès.

B. Fibromes de l'utérus.

L'extirpation du fibrome par la voie vaginale avec conservation de l'utérus est indiquée lorsque le fibrome est petit, situé à

la face intérieure de l'utérus. Elle est indiquée encore dans les fibromes cavitaires insérés dans le fond de l'utérus ; dans ce cas, on effondre le cul-de-sac antérieur du vagin, on incise l'utérus, on extirpe le fibrome, et on suture l'utérus. Ces opérations par le vagin sont moins dangereuses que l'hystérectomie vaginale et on conserve de plus l'utérus.

C. Pour les extirpations des annexes d'un côté, l'incision vaginale donne d'excellents résultats ; c'est d'ailleurs souvent une bonne incision exploratrice, car si on trouve les annexes malades des deux côtés, on fait l'extirpation bilatérale avec l'hystérectomie. J'ai fait 6 fois l'extirpation bilatérale par le vagin, mais une condition indispensable de cette opération, c'est qu'il faut que les annexes soient situées bas.

D. Si dans les affections précédentes l'incision vaginale était une opération d'exception, dans les collections sanguines péri-utérines elle devient l'opération de choix.

Ces collections en effet peuvent infecter le péritoine ; par le vagin, cette infection a le moins de chances de se faire.

On fait l'incision, on retire les caillots, on lave la poche, quelquefois même on peut curetter doucement, on met un gros tube, on fait l'antisepsie du vagin, la guérison s'obtient en 15 à 20 jours.

Hystérectomie abdominale totale.

M. RICHELOT. Presque tous les chirurgiens deviennent partisans de l'hystérectomie abdominale totale pour fibromes utérins. Quelques-uns ont eu l'idée de la faire avec des pinces à demeure, sans ligatures. Rapidité d'exécution, suppression absolue de tout corps étranger, tel est le double but qu'ils se sont proposé d'atteindre.

La procédé que j'ai institué dès le mois de janvier 1895 et que j'ai décrit à la Société de chirurgie le 24 avril diffère de tous les autres par quelques points essentiels que je vais mettre en lumière.

Je ne dis plus qu'il faille se placer entre les jambes de la femme ; j'ai trouvé le moyen de me servir du plan incliné, construit de façon à manier facilement les pinces.

Le premier des temps essentiels de mon procédé, quand la situation l'exige, c'est l'énucléation préliminaire des fibromes. Ensuite vient la taille du lambeau péritonéal antérieur, pour

séparer la vessie et la rejeter derrière le pubis. Ensuite l'ouverture du cul-de-sac antérieur. Pour guider les ciseaux, j'introduis mon index gauche dans le vagin. Quand la perforation est faite, mon doigt quitte la cavité vaginale et n'y revient plus ; celle-ci, bien entendu, est lavée et aseptique ; il n'y a donc, dans cette manœuvre, aucun danger d'infection.

J'ouvre le cul-de-sac antérieur seul, et je ne m'occupe pas du postérieur ; pour passer en arrière le mors postérieur de la pince longue destinée à saisir le ligament large dans toute sa hauteur, je fais, avec la pointe des ciseaux mousses, un étroit orifice à la base de ce ligament, au ras du col, immédiatement au-dessus de l'insertion vaginale.

En embrassant de la main gauche le ligament, il est facile de trouver le point et de guider les ciseaux. Cet orifice est au point précis où nous mettons la première pince dans l'hystérectomie vaginale, pour saisir l'utérine. Il est bien au-dessus de l'uretère, qui passe obliquement sous le pied du ligament large pour gagner la vessie rejetée vers le pubis.

Ce petit orifice et la manière de placer la pince longue, voilà ce qui, avant tout, caractérise mon procédé ; voilà ce qu'il faut bien saisir, quitte à discuter ensuite les avantages que j'y trouve.

Quand les deux ligaments sont pincés, il reste à détacher rapidement l'utérus et à couper en dernier lieu l'insertion postérieure du vagin. Celle-ci donne toujours du sang, et je tiens à y faire une hémostase complète. Deux ou trois « languettes de seize », introduites par le vagin, suffisent en général. Il m'est arrivé d'avoir quelque peine à les placer ; mais l'usage du plan incliné et la position du chirurgien à droite de la malade facilite beaucoup cette dernière manœuvre.

Pour le pansement, je n'introduis plus rien par l'abdomen. Je trouve plus commode de placer dans le vagin un écarteur antérieur, et de glisser entre lui et les pinces un tampon de ouate iodoformée qui affleure la plaie vaginale et la bouche exactement, puis un second et un troisième au-dessous du premier. Après la suture de la plaie abdominale, tout est fini, et le résultat immédiat est exactement celui d'une hystérectomie vaginale.

Traitement de l'hématocèle péri-utérine.

M. REYNIER, de Paris. Dans le traitement de l'hématocèle rétro-

utérine, il faut rejeter absolument l'abstention ou l'expectation. Pour ma part, je préconise l'intervention précoce.

D'après la statistique de Martin (1892), on trouve :
265 cas d'expectation avec 63 pour 100 de morts.
585 cas opérés avec 76 pour 100 de guérisons.

D'après Roos, sur 29 opérés, il note 3 morts.
sur 7 expectations, il note 2 morts.

En 1895, Certan signale 249 cas d'hématocèles, dont 76 abstentions avec 66 morts, et 162 opérations avec 134 guérisons.

D'après toutes ces statistiques il faut rejeter l'expectation ; non seulement l'expectation donne une grande mortalité, mais même quand elle est suivie de succès, ce résultat heureux n'est pas comparable au résultat heureux qui succède à l'intervention.

En effet, après l'intervention, on a une guérison complète et rapide ; avec l'expectation, il faut que la malade garde un long repos au lit ; il y a des douleurs persistantes ; on note des récurrences, des poussées de pelvi-péritonite. Les récurrences, en effet, sont dues à ce fait que l'hématocèle est due à des troubles de la fécondation et qu'il persiste toujours des lésions anciennes, causes premières de ces troubles.

Il faut donc intervenir soit pour arrêter une hémorragie grave, dans l'hématocèle, soit pour débarrasser la malade des produits d'une grossesse tubaire, soit pour supprimer des annexes malades, cause de ces troubles ; mais quelle est la meilleure intervention pour les hématocèles ? Est-ce la voie vaginale ou la voie abdominale ?

Lorsque l'hématocèle est suppurée, la voie vaginale est la voie de choix. Lorsque, au contraire, l'hématocèle est récente, la voie abdominale est préférable. Dans ce dernier cas, en effet, l'incision vaginale est insuffisante.

Le plus souvent, la lésion est unilatérale ; la voie abdominale permet donc de localiser la lésion et d'enlever les annexes malades, d'arrêter une hémorrhagie.

On a dit que la laparotomie était plus dangereuse que l'opération par le vagin ; c'est vrai quand l'hématocèle est ancienne et enkystée. Mais lorsqu'on intervient de bonne heure, la laparotomie n'est pas dangereuse. Par l'opération :

Sur 42 cas, Lawson Tait a obtenu 40 guérisons.

82	Preiss	»	80	»
20	Gusserow	»	3	»
12	Reynie	»	12	»

Dans mes cas, je suis toujours intervenu au bout de quelques jours.

Sur mes 12 cas, il y a 3 grossesses tubo-péritonéales et 2 salpingites hémorragiques.

Quant au manuel opératoire, il n'a rien de spécial. Après la laparotomie, je détruis les adhérences épiploïques ou intestinales qui cachent le foyer. J'incise et vide celui-ci, je le lave, mais je ne fais pas de drainage,

M. PICQUÉ. On confond sous le nom d'hématocèle extra-utérine deux choses absolument différentes. Il faut distinguer les grossesses extra-utérines arrêtées dans leur évolution par une hémorragie. C'est à ces dernières seulement que nous donnons le nom d'hématocèle.

Le seul traitement applicable à ces hématocèles est la laparotomie. Quelquefois, quand l'hémorragie est abondante, il faut pincer immédiatement les annexes avant de les lier.

Quand l'hématocèle est bien enkystée on peut passer par le vagin, comme le préconise Bouilly. J'ai eu un succès de ce genre, il ne faut pas faire l'hystérectomie vaginale, car la lésion est unilatérale.

M. BOUILLY. M. Reynier confond deux choses qu'il faut distinguer pour le traitement : Les grossesses tubaires en train de se rompre et l'hématocèle déjà enkystée. Dans le premier cas il faut faire la laparotomie ou attendre, car le sang va s'enkyster. Une fois enkystée, l'hématocèle doit être ouverte par le vagin.

M. REYNIER. Nous le répétons, dans les hématocèles récentes, il faut faire la laparotomie ; dans les anciennes, il faut faire l'opération par le vagin.

M. PÉAN. L'hématocèle est souvent produite par des maladies utérines (fibromes, sarcomes) ; dans ces cas donc il faut préférer l'incision vaginale. On peut examiner ainsi le petit bassin et enlever les annexes et l'utérus s'ils sont malades.

Hématocèle sous-péritonéo-pelvienne traitée par l'incision ischio-rectale et la décortication de la poche.

M. LEJARS, de Paris. Il s'agit d'une femme de 47 ans, qui jus-

qu'à 42 ans n'avait eu que des affections sans gravité ; elle était bien réglée, et deux grossesses s'étaient passées sans incident.

Une nouvelle grossesse qui survint brusquement, il y a 5 ans, parut signaler le début de l'affection actuelle ; dès lors, la menstruation devint très irrégulière, toujours accompagnée de douleurs, et d'une gêne croissante de la miction et surtout de la défécation. La malade s'est aperçue elle-même, il y a un an, de la présence d'une sorte de bosse saillante en dessous de la fesse droite : depuis, la grosseur a progressivement acquis les dimensions anormales que nous constatons.

Au niveau de la fesse droite, les téguments sont soulevés par une tumeur arrondie, aussi grosse qu'un poing, résistante plutôt que fluctuante, et recouverte par une peau légèrement violacée. Ce n'est, du reste, que le pôle inférieur d'une vaste poche, que permet de délimiter l'exploration du rectum, du vagin et de la fesse.

Le rectum est en grande partie obstrué par une masse en dos d'âne, qui soulève sa paroi latérale droite et communique manifestement avec la poche.

Dans le vagin, la paroi postérieure est occupée, elle aussi, par une épaisse voussure qui remonte sur toute sa hauteur, l'antérieure, de volume et de forme normale, très accessible au-dessus du pubis, est soulevée en masse. Enfin, la fosse iliaque droite est remplie dans toute sa moitié inférieure par le prolongement supérieur de la tumeur liquide.

La consistance est en effet fluctuante dans l'ensemble, bien que pâteuse ou dure par place ; une ponction avait du reste ramené un liquide brunâtre évidemment.

Le diagnostic d'hématocèle sous-péritonéo-vaginale devenait donc très probable.

Le 7 septembre 1894, j'attaquai la poche par la région ischio-rectale : je fis, à trois travers de doigt en dehors de l'anus et de la fourchette, sur le relief de la tumeur, une incision antéro-postérieure de 10 centimètres ; j'arrivai presque aussitôt sur la poche, que j'ouvris largement. Elle contenait environ un litre de liquide brunâtre, *chocolat*, mêlé de caillots noirs. Le fond de la cavité remontait à une hauteur de près de 20 centimètres, il était, du reste, parfaitement fermé et la poche close de toutes parts.

Je me mis en devoir de décortiquer et d'extirper la paroi ; la

dissection devint très difficile au niveau de la paroi rectale, et à la partie supérieure. Pourtant, à mesure que la poche était libérée, les tractions exercées sur elle abaissaient son arrière-fond, qui devenait de plus en plus accessible, et la décortication pouvait ainsi se poursuivre sous les yeux. Je constatai, au cours de ce long travail, que la poche avait refoulé et dissocié le releveur de l'anūs, dont les fibres éparpillées recouvraient sa face externe. Enfin, l'extirpation totale s'acheva sans accident, et sans que le pėritoine fűt ouvert. Tamponnement de la plaie partiellement réunie, à la gaze salolée.

Les adhérences étaient si intimes au niveau de la paroi latérale du rectum, que l'amincissement des tuniques était de nature à faire craindre, en quelques points, une perforation secondaire. De fait, au quatrième jour, une fistule stercorale s'établit. La malade n'en guérit pas moins, sans autre complication : un mois après, la fistule stercorale était opérée et, plus tard, deux petites interventions complémentaires faisaient disparaűtre à peu près complètement la légère incontinence qui avait persisté.

L'examen de la poche et de son contenu n'a donné aucun résultat intéressant. Je me garderai donc de formuler aucune hypothèse pathogénique. Quant à la topographie de la poche sanguine sous-pėritonéo-pelvienne, elle était, nous venons de le voir, de la plus grande netteté.

Le relief de la tumeur au niveau de la fosse ischio-rectale commandait la voie à suivre. Cette voie ischio-rectale semble, du reste, très favorable, puisqu'elle nous a permis la décortication totale de la poche.

Grossesse tubaire.

M. DEMOULIN, de Paris, relate un cas de grossesse tubaire gauche, chez une femme de 30 ans, grossesse qui se rompit vers la sixième semaine donnant lieu à une abondante hémorragie intrapėritonėale. Laparotomie 8 heures après le début des accidents, toilette du pėritoine avec des compresses aseptiques, pas de drainage. Guėrison rapide. M. Demoulin se range parmi les interventionnistes des premières heures, considère comme dangereuse l'expectation. Il cite, à l'appui de son opinion, différentes statistiques tirées de la thèse récente de Cestan (24 juillet 1894) et qui donnent pour les interventions faites immédiatement une pro-

portion d'environ 80 pour 100 de guérisons, alors que les relevés des non-interventionnistes (dans les cas d'hémorragie grave, bien entendu) accusent une mortalité de 85 pour 100 et une proportion de 14 à 15 pour 100 seulement de guérisons. Devant de pareils résultats on ne saurait hésiter, d'autant mieux que les forces des malades que les non-interventionnistes redoutent de voir diminuer encore par le choc opératoire surajouté à la dépression hémorragique, peuvent être efficacement soutenues par les injections abondantes de sérum artificiel, et l'emploi de l'éther comme anesthésique.

Tuberculose génitale chez la femme.

M. PICQUÉ, de Paris. Nous avons observé le fait suivant :

Une jeune fille de 18 ans, dont la mère est tuberculeuse, a présenté, il y a quelques mois, dans la fosse iliaque droite, une tumeur volumineuse qui alla en augmentant ; elle n'avait jamais eu auparavant de troubles dans la santé générale, ni dans la menstruation.

La tumeur, assez volumineuse, allait de la fosse iliaque jusque vers la ligne médiane ; elle était en connexion avec les annexes, indépendantes de l'utérus et formait une grosse masse dans le cul-de-sac postérieur.

Nous avons fait la laparotomie et nous avons trouvé un double pyo-salpinx tuberculeux.

De l'extirpation des fibromes du ligament large.

M. VAUTRIN, de Nancy. J'ai pu rassembler, en me servant des statistiques de Bilfinger et de Lang (thèse de Nancy, 1892), 42 observations de fibromes ligamentaires, parmi lesquels quelques-uns ne sont que des trouvailles d'autopsies. Au point de vue du traitement, on peut distinguer les fibromes ligamentaires, en trois catégories : 1) les fibromes pédiculés ; 2) les fibromes de moyen volume ; 3) les fibromes énormes.

1) Les fibromes pédiculés, dont on connaît 6 observations (Mikulicz, Sænger, Bilfinger, Doran, Gross, Binaud), sont les tumeurs qui prêtent le moins à discussion. Leur traitement est simple et se borne à la ligature du pédicule suivie d'excision. Cependant, on a enregistré quelques accidents. Sænger a vu la guérison retardée par l'apparition d'une pelvi-péritonite ; Mikulicz a observé

1 hémorragie intra-abdominale suivie de suppuration ; Gross a assisté chez sa malade à des accidents analogues. Sur 5 ablations de fibromes pédiculés, trois fois il y eut complication sérieuse.

2) Les fibromes de moyen volume sont les plus communs. La méthode de choix est l'énucléation. Il suffit, la cavité abdominale étant ouverte, d'inciser l'enveloppe séreuse de la tumeur parallèlement à la direction de la trompe et d'énucléer. Parfois la vascularisation est abondante et le pincement préalable des vaisseaux utéro-ovariens s'impose. Rarement l'hémorragie est considérable. Toutes les interventions de ce genre ont été des succès. Aussi est-il préférable d'opérer par la voie abdominale, plutôt que de tenter par le vagin une extirpation plus difficile et plus aveugle. La voie para-péritonéale, conseillée par Pollosson, me semble aussi moins facile et moins sûre.

3) Les fibromes énormes remplissent généralement le bassin et débordent dans la cavité abdominale. Ils repoussent l'utérus en haut ou en bas, en avant ou en arrière, s'insinuant parfois sous son revêtement séreux et peuvent envahir l'autre ligament. Ces tumeurs sont très vasculaires et changent, en se développant, le rapport des organes pelviens. Leur ablation est très difficile et dangereuse. Sur 9 observations, on compte 6 morts. Les dangers de l'opération résident dans l'hémorragie résultant de l'ouverture des nombreuses veines qui entourent la tumeur d'un réseau serré, dans les adhérences qui existent, tantôt avec la vessie ou l'uretère, tantôt avec l'intestin et principalement le rectum. Presque tous les insuccès ont eu pour cause l'hémorragie pendant l'opération.

J'ai opéré il y a quelques mois, un de ces volumineux fibromyomes ligamentaires, chez une femme de 47 ans, qui portait en outre une hernie ombilicale en partie irréductible. Le ventre ouvert, je trouvai une tumeur remplissant le bassin et dans l'idée qu'il s'agissait d'un fibrome utérin intraligamentaire, je pratiquai l'hystérectomie abdominale totale. L'examen de la tumeur me montra ensuite qu'il n'existait entre l'utérus et cette dernière que des rapports de voisinage. Malgré la suture de deux perforations faites à la vessie, la malade guérit et rentra chez elle un mois après l'opération.

Ce succès et la lecture des observations analogues m'ont persuadé de la nécessité de proposer pour l'extirpation des fibromyomes volumineux du ligament large, l'hystérectomie totale. On

La tumeur est une tumeur fibreuse, elle est dure, elle est blanche, elle est lisse, elle est mobile, elle est indolore, elle est sans odeur, elle est sans fièvre, elle est sans danger, elle est sans complication, elle est sans récidive, elle est sans mort.

Statistique des opérations faites

En 1890 et 1891 102 femmes avec 100 g
En 1892 57 — 56
En 1893 35 — 35
En 1894 55 — 54

Il y a grand avantage à enlever la tumeur en même temps que les tumeurs de l'utérus, soit par la voie vaginale, soit en passant par le vagin et par l'abdomen. On peut pincer ainsi soit par l'abdomen, soit par le vagin.

J'ai employé toutes ces méthodes successivement, abdominale, vaginale ou mixte, et je dirai que le chirurgien exercé tous ces procédés peut les employer.

Voici ma statistique des opérations sur l'utérus en 1894.

Elle ne vise que les grandes tumeurs fibreuses.
J'ai opéré par la voie vaginale :

En 1890 et 1891	102 femmes avec	100 g
En 1892	57	— 56
En 1893	35	— 35
En 1894	55	— 54

J'ai opéré par la voie abdominale ou par la voie mixte :

En 1890 et 1891	47 cas avec 44 guérisons	3 morts.
En 1892	24 — 24 —	0 —
En 1893	23 — 23 —	0 —
En 1894	26 — 26 —	0 —

En résumé, il faut toujours enlever les fibromes de bonne heure ; quant à la méthode, elle sera laissée au choix du chirurgien.

Des plus gros fibromes justiciables de l'hystérectomie vaginale.

M. SEGOND, de Paris. Pour nous tout fibrome dont les limites supérieures ne dépassent pas l'ombilic est justiciable de l'opération par la voie vaginale, mais nous devons dire dès à présent que l'intervention chirurgicale chez les femmes atteintes de fibromes est toujours grave, car ces femmes sont extrêmement anémiées par les hémorragies successives, elles sont épuisées ; nous devons dire de plus que la castration ovarienne pour ces tumeurs fibreuses n'est qu'un pis aller.

Nous n'envisagerons donc que l'hystérectomie totale, vaginale par morcellement, comparée à l'abdominale. Pour beaucoup d'auteurs, il faut rejeter l'opération par le vagin quand la tumeur est plus grosse qu'une tête de fœtus. D'autres disent qu'il faut passer par l'abdomen quand le fibrome atteint l'ombilic.

Pour moi, quand les limites supérieures du fibrome s'arrêtent à l'ombilic, je préfère l'hystérectomie vaginale. L'opération est moins dangereuse que par l'abdomen et ne laisse pas de cicatrice sur le ventre. J'ai opéré 66 cas de ce genre avec 7 morts.

Cette mortalité évidemment est élevée, mais il faut songer que nous avons opéré des malades arrivées avec un mauvais état général.

Comme complications opératoires, de plus, nous avons eu un décubitus aigu, une hémorragie au treizième jour, une phlébite, une fistulette vésicale, un état syncopal au vingtième jour.

Quant au manuel opératoire, nous affirmons qu'il n'y a pas de procédé d'auteur applicable à tous les cas.

La grande méthode à employer et fondamentale est la méthode de morcellement.

Hystérectomie vagino-abdominale totale pour grosses tumeurs internes.

M. MULLOWART, d'Amiens. On commence l'opération comme si l'on agissait d'une hystérectomie vaginale. Incision circulaire du vagin. Décollement de la vessie et du rectum en avant et en arrière, et on place 2 grandes pinces à mors longs sur la base des ligaments larges.

On abandonne la voie vaginale : on ouvre l'abdomen, on libère et on attire la tumeur dont on se débarrasse au besoin en plaçant au-dessus que possible un lien élastique. On sent alors facilement et on voit les mors des pinces placées par le vagin sur la base des ligaments. Ce qui permet d'ouvrir très facilement les culs-de-sac s'ils n'ont point été ouverts par le vagin. On pousse alors les deux grandes pinces vaginales avec la main droite, en les conduisant sur la main gauche jusqu'à ce qu'elles embrassent toute la hauteur des ligaments larges. On n'a plus qu'à couper les ligaments larges en dedans des pinces et à enlever par l'abdomen le col et ce qui reste du moignon utérin.

Cette opération permet de ne pas promener ses mains alternativement du vagin dans l'abdomen. Elle facilite singulièrement l'ouverture des culs-de-sac péritonéaux et le décollement de la vessie grâce à la saillie des mors des pinces vaginales qui pincent la base des ligaments larges et forment un point de repère précieux.

M. CHIPAULT fait une communication sur *quelques types cliniques nouveaux de lésions radiculaires et médullaires*.

M. DELAUNAY lit une note sur *l'ablation totale des grosses tumeurs de l'utérus*.

M. CHALOT, de Toulouse. *L'opération d'Alexander modifiée*.

M. TOURNAY, de Bruxelles. *Modification du procédé « définitif » d'hystérectomie abdominale totale de Richelot*.

M. LEBEC, de Paris, expose un *nouveau procédé d'hystérectomie totale par ligature*.

(La Médecine moderne.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 juillet 1895.

HYSTÉRECTOMIE POUR INFECTION CONSÉCUTIVE A UNE AMPUTATION DU COL.

M. Pozzi rapporte l'observation d'une jeune femme qui, en 1893, avait subi dans un service de chirurgie un curetage suivi d'amputation du col. Deux ans plus tard elle revint, dans le service de M. Pozzi qui, à l'examen, trouva une oblitération complète du col, un utérus gros et des annexes formant tumeur de chaque côté, ensemble de symptômes qui imposait le diagnostic d'hématomètre avec hématosalpinx double par rétention. Comme dans ces conditions l'hystérectomie présentait des difficultés toutes particulières, M. Pozzi fit la laparotomie et enleva les annexes en espérant de vider l'utérus après dilatation, et drainage ultérieurs. Les prévisions s'accomplirent et la malade put quitter l'hôpital ; mais elle revint au bout de quelques jours et l'examen montra que l'hématomètre a fini par suppurer. M. Pozzi fit alors l'hystérectomie vaginale, très difficile dans les conditions en présence. Les suites furent simples pendant 24 heures, lorsque se déclara une péritonite septique. Au cinquième jour, l'état de la malade s'aggravant de plus en plus, on fit une injection de sérum anti-streptococcique, et la malade guérit après une lente convalescence.

M. Segond trouve comme M. Pozzi que chez les jeunes femmes l'opération de Schröder est une mauvaise opération, nécessitant ultérieurement, encore assez souvent, l'hystérectomie.

Séance du 30 octobre.

ABSENCE DE VAGIN. — RESTAURATION.

M. Picqué (rapporteur) rappelle en quelques mots l'observation envoyée par M. Villar (de Bordeaux). Il s'agit d'une femme, âgée de 32 ans, qui n'a jamais été réglée. Mais à la place des menstrues, elle avait des épistaxis périodiques. Elle s'est néanmoins mariée à 18 ans et demi. Pas de rapports sexuels avec son mari. Mais bientôt le divorce.

M. Villar a vu cette malade en 1892. Par le palper abdominal, il n'a trouvé ni utérus ni annexes. Par le toucher rectal, il a senti un utérus très atrophié. A la place de l'entrée du vagin, il y avait

... les deux petites lèvres et

la pression du doigt. M. Villon suivante : il a fait une incision petite lèvre à l'autre, incision commandée dans une précédente de sujet. Puis, il a décollé la cloie était d'une minceur extrême. Il favoriser la formation de la cavité fait porter à sa malade un appa-ction cicatricielle.

pendant quatre ou cinq mois. Au t un vagin dilatable, tapissé d'une centimètres ; mais, toujours pas

nts au point de vue de la physio-rette en doute, aujourd'hui, l'uti-ficiel quand le vagin naturel fait pect pendant cette opération. Les ont donné de bons résultats, per-onné de semblables à M. Villar, apagnés d'échecs. Enfin, je n'ap-employé par M. Villar pour obte-avait créé. Cela dit, je propose M. Villar et d'inscrire son nom le membre correspondant natio-

tion de même nature que celle

s, mariée, quoique n'ayant jamais oncomitants. Peu après le maria-mes certaines difficultés que vous s pas ce qui s'est alors passé au est-il qu'elle m'a été présentée à

le m'a raconté qu'elle avait été lit-elle, de me dilater avec l'ins-ontré un *spéculum de Ricord*) et puis avoir avec mon mari les pas auparavant.

et interrogatoire, j'ai touché cette femme, mais sans que mon doigt est entré dans une cavité très vaste semblant être un grand vagin et j'avais la racine de mon index parfaitement comprimée, comme on l'a d'ordinaire à l'entrée du vagin. C'est alors que j'ai regardé. Et j'ai vu, à ma grande stupéfaction, que mon doigt était introduit dans l'urèthre et avait pénétré dans la vessie.

C'est dans son urèthre que cette femme faisait la dilatation qu'on lui avait conseillée. C'est dans l'urèthre que s'accomplissait le coït. Mais de vagin, il n'y en avait pas. Il s'agissait donc de lui en faire un.

Sans perdre du temps aux anciennes méthodes, j'ai tout de suite pensé à une opération sanglante. J'ai, moi aussi, fait une incision transversale au niveau de la membrane occupant la place de l'orifice du vagin ; j'ai décollé, avec les doigts, la cloison recto-uréthrale, et, comme dans le cas de M. Villar, cette cloison était d'une grande minceur. Tellement mince était la cloison que, ayant d'autre part senti, par le palper abdominal et le toucher rectal combinés, un tout petit noyau d'une dureté extrême que je pris pour l'utérus atrophié, je me rapprochai, dans mon décollement, tout près de ce noyau, mais je ne l'atteignis pas de peur d'entrer dans la cavité péritonéale.

Ensuite, je n'ai pas fait d'autoplastie, contrairement à M. Villar. Je me suis contenté de faire un simple tamponnement de ce vagin artificiel avec de la gaze iodoformée. Ma malade a longtemps gardé le lit, et, quand j'ai sorti tout à fait la gaze iodoformée, j'ai pratiqué la dilatation vaginale, non avec un spéculum de Ricord, mais avec des bougies rectales que la malade a pris soin d'introduire elle-même régulièrement dans son vagin. Elle a enfin, aujourd'hui, un vagin petit, mais suffisant, et chez elle la physiologie a complété l'anatomie.

M. SCHWARTZ. — Je ne fais que rappeler un cas d'absence de vagin, avec hernie double de l'utérus des trompes et des ovaires, que j'ai opéré autrefois en pratiquant le décollement, comme mes collègues, et en réduisant les organes herniés. J'ai établi le lambeau de muqueuse par autoplastie.

M. Pozzi. — La topographie de la vulve a-t-elle été faite dans le cas de M. Villar ? Cela est important à cause de l'embryogénie de l'hymen, qui, selon moi, ne serait pas une dépendance des

canaux de Muller. Je ferai remarquer à M. Segond que les dilata-tions vaginiformes de l'urèthre, loin d'être rares, se rencontrent chez les hypospades et les imperforées.

M. TUFFIER. — Voici une observation :

On m'amène, il y a quelques mois, une jeune fille qui présente une tumeur abdominale. A chaque période menstruelle, elle présente des fortes poussées douloureuses. Je fais le toucher et j'entre dans un prétendu vagin au fond duquel je sens une tumeur. Je pensais donc à un vagin incomplètement perforé et présentant au-dessus de son fond une tumeur formée par la rétention des menstrues. Je voulus d'abord faire la dilatation de ce vagin. Extérieurement, en effet, la vulve ne présentait rien de spécial. Mon interne mit donc une tige de laminaire dans le vagin. Mais, quand je voulus, à trois jours de là faire l'opération, je ne trouvai plus la tige. J'examinai, à nouveau, et je vis que cette tige était dans la vessie où elle occupait une direction transversale comme tous les corps étrangers de la vessie. En somme, il n'y avait pas de vagin, je résolus d'en créer un.

Je fis donc l'incision transversale classique ; j'opérai le décollement de la cloison, comme l'ont fait mes collègues. J'abaissai fortement l'utérus et je l'accolai sur les limites du trajet intermédiaire que je venais de créer. Je fixai ainsi l'utérus à la peau.

Pendant quelque temps, tout alla bien ; mais, bientôt, l'orifice se rétracta, s'oblitéra et je dus faire une seconde intervention.

Aujourd'hui, enfin, ma malade présente une toute petite cavité vaginale, mais elle n'en continue pas moins à coïter avec son urètre.

M. PICQUÉ. — Je répondrai simplement à la question de M. Pozzi que M. Villar ne nous a donné aucun détail sur la topographie de la vulve de sa malade. Le moindre détail eût cependant été intéressant, surtout quant à l'hymen.

(Gazette médicale de Paris.)

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÆDIATRIE DE BORDEAUX.

Séance du 8 octobre 1895.

RÉTENTION CONTYLÉDONAIRE. — UTILITÉ DE L'INTERVENTION MANUELLE.

M. CHALEIX. Il s'agit d'une femme 9pare, chez laquelle une

heure après un accouchement normal et rapide, suivi d'une délivrance naturelle, se produisit une hémorragie interne par inertie utérine. L'utérus, mou, flasque, dépassait l'ombilic et, à droite, atteignait les fausses côtes. Les injections vaginales, les injections utérines, le massage de l'organe restaient sans effet. Appelé auprès de la malade, je la trouvai dans un état alarmant, voisin de la syncope. Je me hâtai d'introduire la main droite dans l'utérus, si développé, que j'eus peine d'abord à en reconnaître les parois. J'évacuai les caillots qu'il contenait ; puis, sans ôter ma main de la cavité utérine, j'y introduisis profondément la grosse sonde de Budin et donnai une injection très chaude. Le muscle utérin ne réagit point, l'hémorragie ne cessa pas. Retirant la sonde de Budin, j'explorai attentivement en tous points la cavité utérine et fus assez heureux pour détacher et amener au dehors un cotylédon placentaire, arrondi, de la dimension d'une pièce de cinq francs, épais d'un centimètre en sa portion centrale et qui se trouvait inséré à la partie supérieure de la paroi antérieure.

Je fus quelque peu étonné, car pendant que je me lavais les mains, avant d'intervenir, je m'étais fait montrer le délivre qui, à cet examen sommaire, m'avait paru entier ; les membranes étaient complètes, le gâteau placentaire ne portait aucune trace d'effraction cotylédonaire.

Dès lors, l'utérus recouvra peu à peu sa contractilité ; un nouveau lavage utérin fut pratiqué et l'hémorragie s'arrêta complètement.

L'état général de la malade était très déprimé ; elle se releva peu à peu, grâce à des soins énergiques ; injections sous-cutanées de caféine, élévation et bandage roulé des membres inférieurs, inhalation d'oxygène, etc. Je ne la quittai qu'au matin, la laissant hors de danger. Mais avant de partir, je m'empressai, dès que mes inquiétudes furent calmées, d'examiner soigneusement le délivre et de chercher le point d'insertion du cotylédon que j'avais retiré de l'utérus. La surface utérine du placenta était absolument complète ; sur tout son pourtour, elle se terminait en pente douce sans aucune trace d'arrachement. Je cherchai vainement ces filets vasculaires, signalés par M. Tarnier, que l'on trouve quelquefois sur la face utérine des membranes, unissant la circonférence du placenta à un cotylédon accessoire et dont la présence

peut indiquer que le cotylédon qu'il l'utérus. Pour m'aider dans mon in le placenta un filet d'eau, je pus voir tensive, qu'en une région voisine de existait sur la face utérine des me ment moins lisse et moins pâle que avait la largeur d'une pièce de cinq dont je cherchais l'emplacement et à y appliquant ce cotylédon, on voyait à la circonférence du placenta avec pouvait s'expliquer ainsi qu'il n'y et unissant la masse placentaire princ puisque, ainsi que l'a fait remarquer cas à peu près analogue, les artères et ce cotylédon supplémentaire par le q était en contact avec le bord du plac

Dans des faits de ce genre, où l'ext centa et des membranes donne aussi facile de reconnaître qu'un cotylédon utérine. Une telle disposition est en : bon de ne pas en oublier la possibilité hémorragiques ou infectieux, de ne rétention cotylédonaire en arguant c faix n'a rien signalé d'anormal.

Cette observation peut servir encore que, dans les hémorragies par inertie délivrance, les moyens ordinaires, tels de l'utérus, les injections vaginales et nes, peuvent échouer dans les cas de hémorragies internes violentes, qui m de la femme en danger, il faut, comme se souvenir que l'intervention manuelle actif ; il faut introduire la main déli évacuer la cavité et l'explorer en tous quelquefois d'une masse cotylédonaire paralyser, surtout chez une grande m muscle utérin.

ESCHARE SACRÉE A LA SUITE D'UNE HYSTÉRECTOMIE VAGINALE.

M. VILLAR. J'ai vu se produire, chez une de mes opérées, quelques jours après une hystérectomie vaginale laborieuse pratiquée pour un fibrome utérin volumineux, une large eschare sacrée. C'est là un cas très rare; M. Legueu a signalé deux faits analogues au Congrès de Gynécologie de Bordeaux. Dans ses cas comme dans le mien, l'eschare a guéri totalement. Pour M. Legueu, la compression ne joue aucun rôle; c'est à une influence trophique qu'il faut rattacher l'apparition de ces accidents. Ils se développent surtout à la suite des opérations laborieuses qui nécessitent des manœuvres pénibles, au cours desquelles les nerfs sont tirillés et irrités.

DOUBLE KYSTE DE L'OVAIRE. — DIFFICULTÉ DU DIAGNOSTIC.

M. VILLAR. Il s'agit d'une fillette de quatorze ans qui avait perdu du sang depuis trois mois. Elle portait une tumeur hypogastrique, arrondie, mobile, liquide, paraissant indépendante de la région pelvienne. Pas de troubles fonctionnels. On aurait pu songer un moment à un néoplasme du mésentère, en raison de la situation médiane de la tumeur, de sa mobilité extrême et de son apparente indépendance des organes pelviens, au palper et au toucher; mais, nous basant sur la matité de la tumeur et sur la fréquence plus grande des kystes de l'ovaire, nous avons porté ce dernier diagnostic qu'a confirmé l'opération.

REVUE DE LA PRESSE

SYNDROME UTÉRIN ET MANIFESTATIONS HYSTÉRIQUES

Par le D^r B. MEURISSE, de Cysoing. Lille, Quarré, édit.

Si c'est une chose agréable, ce n'est pas une tâche facile que de rendre, d'un ouvrage comme celui du docteur Meurisse, le compte-rendu qu'il mérite.

L'auteur n'a pas reculé devant un sujet aussi vaste que celui des rapports entre la grande névrose et la pathologie utérine.

Il l'a d'ailleurs traité avec une abondance de documents, une science encyclopédique, et un souci thérapeutique qui font de son livre un

véritable traité sur la matière, et qui le recommandent à tous ceux qui voudront étudier cette difficile question.

L'historique, de Platon à Charcot, nous résume les innombrables controverses auxquelles a donné lieu la question de la nature de cette maladie bizarre ; et l'index bibliographique, qui ne comprend pas moins de 25 pages, témoigne d'un travail considérable de recherches et de compilation.

Ce n'est pas dans le second chapitre intitulé : *Ce qu'est l'hystérie*, qu'il faut chercher « ce qu'est l'hystérie ». Ce long exposé des opinions des hommes les plus marquants de la médecine et de la philosophie est bien fait pour dérouter l'esprit le mieux intentionné et le plus disposé à croire. Névrose ou psychose, maladie une et indivisible ou maladie complexe, entité ou syndrome, toutes les opinions ont été savamment défendues et ont eu leurs partisans.

L'auteur n'a pas tenté de donner une nouvelle définition de la maladie, mais à le bien comprendre, il semblerait que pour lui l'hystérie est surtout un manque d'équilibre dans le fonctionnement des facultés organiques, sens externes ou sens internes comme l'imagination, la mémoire sensible, l'appétit matériel qui sont aussi des manifestations de l'activité du composé humain.

Ce n'est pas là une définition, et l'auteur ne la donne pas pour telle : on décrit l'hystérie, on ne la définit pas.

Les causes d'une affection aussi complexe doivent être fatalement complexes et, après l'hérédité, dont l'influence est incontestable, on a accusé les diathèses arthritique, tuberculeuse.....

Dans l'exposé qu'il fait des agents provocateurs de l'hystérie, l'auteur contredit avec raison cette affirmation sans preuve et trop souvent répétée dans un but qu'il est facile de deviner, que la continence provoquerait l'éclosion de la névrose et cite ce fait digne d'attention que la moitié des prostituées de Saint-Lazare sont affectées d'hystérie.

On peut résumer les chapitres IV, V et VI en disant que tout trouble dans la fonction génitale, que toute lésion en un point quelconque de l'appareil génital peut provoquer l'explosion des manifestations hystériques. Le point le plus controversé est de savoir s'il est nécessaire que le sujet soit prédisposé ou si l'affection peut se développer chez une personne absolument saine et exempte de toute tare héréditaire ou autre.

Mais ce que je résume ici en deux lignes, l'auteur l'a étudié en de longues pages et l'a appuyé sur de nombreux documents cités pour la

plupart en entier, et, si la lecture de ces pages n'est pas toujours édifiante en ce qui concerne l'accord des médecins, elle n'en est pas moins instructive.

La plus belle moitié du livre du Dr Meurisse est consacrée au traitement et cela est bien d'un praticien qui sait que la médecine est au total « l'art de guérir ».

Toutes les principales méthodes thérapeutiques, toutes les médications, et Hippocrate sait si elles sont nombreuses et variées, sont passées en revue, exposées longuement quand elles le méritent.

Le chapitre VIII pourrait à lui seul constituer une thèse fort respectable par son importance et par l'intérêt du sujet.

La question de la *castration dans l'hystérie* a suscité bien des discussions, et, par la lecture du travail du docteur Meurisse, on peut se convaincre que l'opération dite de Battey n'est pas un remède assuré contre l'hystérie. L'auteur la repousse d'ailleurs formellement, sans se laisser ébranler par les cas où cependant elle aurait amené une guérison jugée complète par le médecin opérateur.

Le dernier chapitre est un très bref résumé du traitement non opératoire des troubles génitaux.

On n'écrit pas un traité de 500 pages, sur un sujet difficile, controversé entre tous, sans prêter le flanc à la critique.

Les quelques critiques que je me permettrai de formuler ne donneront que plus de relief à la sincérité des louanges.

Le premier défaut que je relèverai n'est que l'exagération d'une qualité : c'est l'abondance des citations intégrales des auteurs. Ce long défilé d'opinions superposables ou contradictoires produit à la longue une fatigue intellectuelle et, par le scepticisme, auquel elle porte, elle affaiblit la conclusion que tire l'auteur lui-même. Le lecteur ne peut manquer de se dire : Si tant de savants, et des plus illustres, se sont trompés, qui donc nous donnera la vérité ?

Et ce sentiment naît à côté de celui que l'on éprouve pour tant de sincérité et de soins méticuleux dans les citations.

Le second et bien mince reproche que je ferai aura trait à l'uniformité de la disposition typographique qui, dans certains chapitres, ne donne aucun repos à l'œil et par suite à l'esprit : j'en donnerai comme exemple le chapitre VIII qui, dans ses 80 pages, énumère du même « œil » les opinions successives des médecins et les appréciations de l'auteur lui-même, sans un repos, sans un sous-titre, dans ce flot toujours montant de citations.

Quant aux discussions que peuvent s'élever entre confrères, on conçoit que ce n'est pas ici le lieu.

Elles ne manqueraient certes pas d'intérêt scientifique. Il y a là des questions de conduite, et il est permis de se séparer nettement d'un confrère.

Mais, encore une fois, ce n'est pas le lieu de miner cette analyse en redisant le sentiment qui a inspiré l'auteur, et qu'éprouveront tous les lecteurs, pour dans cette thèse, qui restera parce qu'elle est bonne, foule banale des ouvrages de même genre.

CORPS ÉTRANGERS DE

Les corps étrangers de l'utérus, par leur rareté relative, n'ont guère fait jusqu'ici l'objet de publications isolées. M. le Dr Caraës vient de faire à ce sujet un travail fort intéressante, et presque au même moment (Paris, 1901) a publié, dans la *Province Médicale*, un article sur le même sujet.

La statistique suivante, présentée par l'auteur, est la plus souvent, le corps étranger qui a été introduit par une main souvent exercée. Ce but, dans la majorité des cas, 19 fois sur 20, a été de provoquer l'avortement.

9 fois d'épingles à cheveux.

2 fois de broches de bois.

3 fois de sondes.

3 fois d'aiguilles à tricoter.

1 fois d'une aiguille à séton.

1 fois d'une baguette de verre.

On est frappé de voir les épingles à cheveux dans cette énumération. Dans la plupart des cas, elle-même s'est livrée à des manœuvres avec des instruments appropriés au but qu'elle veut atteindre. Ce banal objet de toilette qui se trouve dans la poche de toutes les femmes a été parfois conseillé par une personne qui, pour éviter l'opération, a l'épingle une forme qu'elle croit plus difficile à retirer.

Après les tentatives d'avortement, l'i-

le vagin est la source la plus fréquente de corps étrangers de l'utérus. C'est là encore un accident assez rare, puisque dans une statistique très complète et portant sur 207 cas de pessaires retenus dans les voies génitales, Neugebauer n'en signale que six où le pessaire ait été emprisonné dans l'utérus. M. Caraëzy ajoute quatre autres observations.

C'est, pour ainsi dire toujours, pour remédier à un prolapsus que le pessaire a été appliqué. L'utérus, privé de ses moyens de soutien ordinaires devenus trop faibles, appuie fortement sur le pessaire et peu à peu se laisse pénétrer par lui.

Cette pénétration s'explique surtout lorsque le pessaire est appliqué après de nombreux accouchements.

La symptomatologie est naturellement extrêmement variable suivant les cas, car la tolérance de l'utérus est très individuelle. Certains corps étrangers, surtout les pessaires, ont été supportés très longtemps.

Dans les observations relevées par M. Caraës, l'issue fatale n'est survenue qu'une fois. Si l'on intervient peu après l'introduction du corps étranger, les accidents ne tardent pas à s'amender. Ce sont les complications qui aggravent singulièrement le pronostic, qu'il s'agisse de pelvi-péritonite, de phlegmon juxta-utérin ou de fistules rectales.

Les manœuvres d'extraction sont parfois difficiles : on a dû inciser le col utérin et même faire une laparotomie.

En général, il faudra faire des réserves sur la bénignité de l'accident toutes les fois, et ces cassont fréquents, qu'après un avortement, un instrument de propreté plus que douteuse, sera resté dans la cavité utérine.

Comme curiosité on peut citer le cas de Fruitnight dans lequel une épingle à cheveux recourbée en crochet introduite dans un utérus gravidé de deux mois et demi fut extraite par le médecin avec de grandes difficultés, après une grande hémorrhagie. La grossesse n'en continua pas moins son cours.

On a cité également (Brignatelli), comme corps étranger, un os de poulet, incrusté de sels calcaires. Comment cet os se trouvait-il là, c'est ce que l'observation ne dit pas.

— M. Albertin a étudié, de son côté, la même question et a ajouté aux faits connus, deux observations très intéressantes, dont l'une surtout est très remarquable au point de vue de la tolérance de l'utérus. Dans ce cas, une tige de laminaire fut conservée dans l'utérus pendant dix mois et demi. M. Albertin avait introduit cette tige parfaitement

REVUE I

pour traiter une métrite
cassée, la tige ne put être
prolongées, étirées.
La malade fut surveillée
suivants.

En présence de cet état, on
se rallia à cette idée qu'il
s'agissait d'un écoulement à l'insu de la malade.
Aucun symptôme, se refusant
à l'opération et demi après avoir
utilisé la tige de laminaire qu'on
avait essayé avec quelques coliques
pendant la période menstruelle. C'est
alors qu'elle avoua qu'elle avait
utilisé de l'éther iodoformé. Elle
sentait une fétidité ; elle mesurait
avec son doigt.

La tige de laminaire est donc
utilisée sans aucun symptôme.
Dans un autre cas, un électro-
mètre environ, resta dans
la position faite par M. Pol-
lard pendant huit jours.

(2)

NOTE SUR UN PARASITE

Par M.

Interne d

Brièvement noté un cas
de n'être pas d'observation
services hospitaliers, mais
dans un pays où l'homme se tiendrait
à l'écart.

Il s'agit d'une jeune femme
qui se disait atteinte de
syphiligraphie et se disant
souffrant d'un prurit intense
des organes génitaux externes
sur son lit d'examen.

lèvre droite, un peu au-dessus de la fourchette, une tumeur grisâtre, étroitement pédiculée, mesurant environ un centimètre, qui, examinée de plus près, est trouvée munie de quatre paires de pattes et n'être autre chose qu'un ixode femelle gorgé de sang.

Ce parasite, vulgairement dénommé tique, put être extrait avec son rostre à l'aide de pincés.

Il est préférable, d'après Méguin (C. F. les Acariens Parasites), de toucher le corps de l'ixode avec une goutte de benzine ou de térébenthine ; le parasite se détache spontanément en retirant son rostre.

On évite ainsi la douleur assez vive que provoque l'arrachement qui se fait très rarement sans que le rostre ne demeure fixé dans la peau et n'occasionne, par sa présence, un travail d'élimination, du reste, sans autre gravité.

Il restait, quatre jours après l'avulsion, une petite zone enflammée autour du point d'implantation, et due à la sécrétion d'une salive venimeuse par l'ixode.

En ce qui concerne la détermination exacte du parasite, il a paru identique à celui observé si souvent aux oreilles des chiens de chasse, et bien que l'examen du rostre n'ait pas été fait à un grossissement convenable, il appartenait très probablement à un individu de l'espèce *Ixodes Ricinus*.

HÉMORRAGIE DU VAGIN PROVOQUÉE PAR DES SANGSUES ACCIDENTELLEMENT INTRODUITS DANS CET ORGANE.

Dans les traités spéciaux, parmi les causes qui peuvent produire une hémorragie des voies génitales de la femme, on ne cite guère la piqure de sangsues. Ce cas s'est néanmoins présenté près de Kiev. Une femme, après s'être baignée dans un lac peu profond, s'aperçoit, à son retour à la maison, qu'elle perd du sang par les voies génitales. Elle ne se résoud à appeler le médecin qu'au bout de quelques heures. Arrivant en toute hâte, M. BOROCHPOLSKY trouve la malade baignant dans une mare de sang et présentant tous les symptômes des hémorragies graves. Voulant pratiquer le tamponnement du vagin, quel fut son étonnement d'y trouver en le lavant, deux énormes sangsues. Celles-ci enlevées et le vagin, qui présentait plusieurs plaies, tamponné, l'hémorragie s'arrêta. En se baignant la femme s'était assise

sur le fond du lac ; il est probable que les sangsues s'introduisirent dans son vagin.

VARIÉTÉS

DU MASSAGE CHEZ LES PRIMITIFS. —

Le massage, qui autrefois chez nous aux charlatans a succédé depuis si peu d'années, est en usage chez tous les peuples, même chez les plus sauvages. Il est commun dans tout l'Orient, dans les pays musulmans, les Indes, la Malaisie. Les japonais le nomment *massak*. Par le massage, on fait disparaître les douleurs. Thomsen, en Malaisie, note qu'il emploie les frictions, l'effleurage et les pressions avec les mains.

Aux Indes, les masseurs se tiennent debout et exercent leur industrie en plein vent. Ils massent le client assis sur une natte dans une position qui leur convient.

Le massage est également employé en Malaisie, à redresser la mauvaise posture du ventre de la mère.

Indépendamment de l'action médicale du massage, beaucoup le considèrent comme moyen de faire ainsi partir le mauvais esprit, cause de la maladie, pratique d'exorcisme pour laquelle on emploie les mains, mais les genoux et les pieds. Tel est le cas des Indiens d'Amérique. Un dessin de Max Bartels représente un médecin indien massant avec le pied un malade étendu sur le dos. Dans la province de Victoria, le médecin utilise le pied du patient et appuie jusqu'à ce que les douleurs disparaissent.

Cette croyance est très générale. Quelqu'un qui est malade appelle un *mo-phi* ou médecin qui le masse et le fait expulser ; les Cambodgiens sont particulièrement superstitieux.

Aux îles Alaska, le sorcier serre avec ses mains la fille atteinte de coryza et d'angine, et l'embrasse pour expulser le démon.

Le médecin à Bornéo, masse son client durant de longues heures, jusqu'à ce que le mal se décide à partir. Quelle suggestion pour l'opéré !

—
LE DANGER DE FIANÇAILLES TROP PROLONGÉES. — D'après le Dr Savage, il existerait une relation assez fréquente entre l'explosion de troubles mentaux bien marqués et la durée des fiançailles :

« La majeure partie des gens avant leur mariage, dit M. Savage, passent par des formes légères de trouble moral. Cela est facile à comprendre si l'on veut considérer la réserve imposée aux fiancés et l'excitation continuelle provenant de la familiarité qui s'établit entre eux. »

Ces troubles d'esprit seraient d'ailleurs facilement curables d'après l'auteur.

Le meilleur remède est sans doute de hâter la nuit de noces.

—
BIZARRERIES ANGLAISES. — Une tradition bizarre veut qu'en Angleterre, après la cérémonie du mariage, les jeunes époux reçoivent, de leurs meilleurs amis, des poignées de riz en plein visage. Il est admis que cela porte bonheur.

Pas à tout le monde cependant. Depuis quelques années on ne compte plus le nombre de jeunes mariés, de garçons ou de demoiselles d'honneur éborgnés au sortir de l'église par des gens qui ne leur voulaient que du bien.

Depuis quelques jours, cette coutume est abolie dans la Cité, sir Joseph Renals, lord-maire encore pour cinq semaines, ayant ordonné à la police de dresser procès-verbal chaque fois qu'il en résulterait un accident. D'un commun accord, sur la proposition de certains papiers, il a été convenu que les poignées de riz seraient désormais remplacées par des paquets de confetti.

BIBLIOGRAPHIE

- I. — **Essai théorique et clinique sur le traitement galvanique des fibromyomes de l'utérus**, par le Dr Georges Lévy. Th. de Paris, 1895. Steinhell.
- II. — **L'urétrite glandulaire enkystée chez la femme. De l'origine des abcès péri-uréthraux**, par le Dr Vercuzet, chirurgien de Saint-Lazare. Paris, 1895. (Extrait de la *Presse médicale*.)

III. — **De l'action du salophène dans le rhumatisme articulaire aigu, dans la chorée et dans les névralgies**, par le D^r A. HUOT. Paris, Jouve, 1895.

IV. — **Indications et contre-indications des eaux chlorurées sodiques, bromo-iodurées de Biarritz**, par le D^r LOSTALOT-BACHOUÉ, 1895.

Vient de paraître à la Société d'éditions scientifiques 4, rue Antoine-Dubois et rue de l'École de Médecine, Paris.

Le paludisme, étude de quelques-unes de ses causes, sa prophylaxie et son traitement, par le D^r A.-F. DUBERGÉ, médecin principal de la Marine en retraite, un volume in-8 de 464 pages.

L'auteur de ce travail a mis à profit sa longue pratique maritime et coloniale, ainsi qu'une foule de documents épars.

Le but principal de cet ouvrage, essentiellement pratique, est le traitement soit prophylactique, soit curatif du paludisme ; mais il était impossible de fixer la prophylaxie sans étudier les causes qu'elle doit combattre.

A ce point de vue, l'auteur étudie particulièrement le sol fébrigène, l'ingestion d'eau palustre, le marais nautique, le paludisme héréditaire et l'intoxication palustre par lactation.

Dans la prophylaxie, tous les moyens d'assainir le sol fébrigène sont passés en revue, et la prophylaxie thérapeutique dont l'étude est si importante par ce temps de voyages, d'explorations, d'expéditions coloniales et de grands travaux, est exposée avec un soin particulier.

Dans la deuxième partie : le traitement du paludisme, l'auteur combat l'emploi trop exclusif de la médication spécifique ; il insiste sur la nécessité d'une thérapeutique mixte et le traitement attentif de toutes les associations morbides.

Des chapitres spéciaux sont consacrés à la fièvre intermittente simple, aux manifestations larvées du paludisme, aux fièvres continues ou rémittentes palustres, aux différentes variétés d'accès pernicioeux, à l'anémie et à la cachexie paludéenne, aux interventions chirurgicales que peut nécessiter l'hypermégalie paludéenne et au traitement du paludisme dans ses rapports avec la chirurgie.

L'emploi du quinquina et de ses dérivés et la pratique des injections hypodermiques de quinine sont étudiés avec beaucoup de soin.

Les accidents dus à l'abus de la quinine ou à l'intolérance du malade, qu'on ne trouve guère décrits que dans des thèses et des articles de journaux, sont, dans cet ouvrage, l'objet d'une étude assez importante.

Ce livre, très correctement écrit, offre un intérêt réel et ne fait double emploi avec aucun autre ouvrage ; il nous paraît appelé à rendre de grands services à la vie pratique.

VI. — **Les ferments thérapeutiques**, par le D^r DE BACKER. En collaboration avec J. BRUHAT et le D^r A. CHARLIER. Un fort volume in-8° de 600 pages environ avec 16 figures dans le texte. Prix : Broché 10 fr. Relié 12 fr.

Ce volume, de 600 pages, est le « Compendium » des doctrines nouvelles que M. le D^r de Backer a introduites dans le domaine thérapeutique moderne. Il montre comment l'auteur a été amené logiquement à se ser-

vir des « *ferments figurés* » pour substituer une fermentation saine et normale aux fermentations anormales et pathologiques qui constituent, d'après Pasteur, les maladies infectieuses.

C'est au laboratoire de la rue Gavarni, que MM. de Backer et Bruhat ont fait leurs expérimentations sur les animaux ; c'est à la clinique de la place Clichy, 6, que MM. de Backer et Charlier ont établi leurs observations cliniques. C'est là que l'on peut visiter les travaux qu'ils continuent avec persévérance et succès.

Le volume qui vient de paraître traite de la fermentation comme « acte vital », tel qu'il a été conçu et défini par Pasteur, Bourquelot, etc. On y voit logiquement se dérouler toute la série des notions aujourd'hui indispensables à tout médecin qui ne veut point rester en arrière sur le chemin bactériologique. Tout est exposé avec une lucidité et une simplicité qui rend la lecture de ce volume scientifique facile et agréable.

Les réactions des cellules organiques, les *alekines* qui sont les produits de ces réactions, les « *antitoxines microbiennes* », sont l'objet d'une étude spéciale.

Le chapitre II est consacré à la fermentation alcoolique et aux influences qui la modifient.

Dans le chapitre III, la phagocytose des ferments figurés et des conidies de certains champignons est démontrée par de nombreuses expériences. Le parallèle établi entre les applications de ces doctrines à la vinification scientifique et au traitement des maladies des vins, ce parallèle est des plus intéressants. Il démontre que nous sommes ici en présence d'un principe général dont la thérapeutique peut tirer le plus grand profit.

Dans le chapitre IV, l'auteur montre les appareils qu'il a dû inventer pour arriver à une asepsie absolue des cellules qu'il emploie, il décrit les instruments qu'il emploie pour faire ses injections. Tout est nouveau, ingénieux, instructif.

Dans le chapitre V, le Dr de Backer pénètre plus avant dans la question des ferments ; il nous montre l'éducation que l'on peut faire de ces cellules, les habituant à vivre dans certains milieux, acquérant par l'accoutumance à certains poisons des propriétés spéciales, peut-être *spécifiques* : Les « *toxodiasèses* » remplaceront-elles un jour avantageusement les sérums dont un seul (l'antidiphthérique) a donné les résultats attendus ?

La diffusion des cellules de levure dans l'économie et leur absolue innocuité quand elles sont pures : telles sont les démonstrations renfermées dans le chapitre VI. — Le chapitre suivant expose toutes les applications thérapeutiques des dits ferments.

Leur emploi dans la tuberculose est l'objet d'une étude dont la valeur n'échappera à personne, car elle présente un aperçu nouveau de la question tuberculeuse, cette maladie étant considérée, comme l'admettent la plupart des spécialistes, comme une fermentation pathologique amenée dans le moût humain par un bâtonnet comparable à celui qui produit les fermentations acétiques, lactiques ou butyriques dans les liquides alcooliques.

Les observations cliniques citées par les Drs de Backer et Charlier sont des plus intéressantes : presque toutes ont eu pour témoins d'estimables confrères dont l'autorité est indiscutée.

Nous croyons que ce volume du Dr de Backer, d'une originalité absolue, ne traitant que de choses tout à fait nouvelles, est destiné à un très

BIBLIOGRAPHIE.

nd succès : nous ne saurions trop engager les médecins à le lire, pour
ilfler sur les questions bactériologiques pendantes et s'assurer de ce
peut la *méthode des ferments*, dont M. de Backer a fait un *levier thé-*
utique.
A. V.

. — De la thérapeutique intra-utérine en général. Des procédés
hystérectomie abdominale totale pour gros fibromes, par M. le
Ch. FOURNEL, ex-professeur libre à l'Ecole pratique de la Faculté de
aris, membre de la Société obstétricale et gynécologique de Paris,
uréat de la Faculté de médecine de Paris. (Extraits du *Bulletin de la*
ociété obstétricale et gynécologique de Paris, février et avril 1895.)

I. — Du fluorure de sodium comme antiseptique externe et interne
pplication du pouvoir antiseptique des essences végétales à la désin-
ction des chambres des malades pendant la maladie. Notes présen-
es au Congrès scientifique d'Angers, le 13 juin 1895, par M. Thomas
ROSSERON.

— Utilité des études gréco-latines, par le Dr MACÉ, d'Aix-les-Bains,
95.

— Paralyse pseudo-bulbaire centrale avec immixtion de phénomènes
colites chez un diabétique atteint de syphilis, par le Dr L. CHABBERT,
à Toulouse, médecin consultant à Bagnères-de-Bigorre. (Extrait des
Annales de médecine, n° 12 et 13.)

— Du rôle de la barbe dans l'étiologie de la paralysie faciale à fri-
ore, par le Dr L. CHABBERT, de Toulouse, médecin consultant à Bagnè-
s-de-Bigorre.

[. — Sur un cas d'ophtalmoplégie nucléaire transitoire consécutive à
ne migraine ophtalmique (ophtalmoplégie migraineuse), par le Dr L.
HABBERT, de Toulouse, médecin consultant à Bagnères-de-Bigorre.

[I. — Action thérapeutique des badigeonnages de gaïacol, par le
Desplats, professeur de clinique médicale à la Faculté catholique.
Publications du *Journal des Sciences médicales de Lille*.)

7. — Contribution à l'étude de la polyarthrite déformante progressive
humatisme chronique progressif, pseudo-rumatisme noueux), son
aitement par les boues thermales, par H. THIROUX.

. — Schinznach-les-Bains, près Bâle, Argovie, Suisse, par le Dr E
onin, secrétaire général de la Société française d'hygiène, chevalier
la Légion d'honneur, officier de l'instruction publique, etc., etc.

I. — Contribution à l'étude des troubles chroniques de la circulation
ineuse des membres inférieurs, leur traitement par les boues ther-
ales, par H. THIROUX.

II. — Du choix de la voie vaginale pour la castration dans les lésions
inxielles doubles, par le Dr G. GANDY.

III. — Traitement des neurasthéniques aux eaux de Bagnères-de-
lgorre, par le Dr GANDY, membre correspondant de la Société d'Hydro-
gie médicale.

K. — Traitement de l'eczéma aux eaux de Saint-Gervais, par A. Wi-
RD.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

124. — Quelques essais cliniques des irrigations cervicales (procédé de Kufferath) pour provoquer l'accouchement prématuré ou stimuler le travail paresseux à terme, par M. CHARLES. (*Journal d'accouchements.*) — L'irritabilité de la matrice est excessivement différente selon les femmes : parfois elle entre en action et se contracte rapidement et énergiquement à la suite des causes les plus futiles ; d'autres fois elle ne répond pas aux excitations internes, ni externes les plus énergiques. Ces différences s'observent aussi bien dans les premiers mois de la grossesse qu'à la fin de la gestation et à terme, pendant le travail et après la sortie du fœtus.

C'est ainsi que l'on voit des femmes avorter pour des riens, alors que certaines grossesses évoluent normalement en dépit des maladies locales ou générales les plus importantes, telles que cancer, polypes, fibromes du corps et du col, syphilis en pleine évolution, maladies infectieuses graves, ou malgré les violences les plus énormes ayant amené des fractures multiples, des commotions redoutables. Tous ces faits sont bien connus des praticiens.

Les accoucheurs qui ont eu quelquefois l'occasion de provoquer le travail, savent que tantôt on atteint le but avec une grande rapidité et à l'aide de moyens très simples (bains de siège, injections et irrigations vaginales, cautérisations du col, tamponnement du vagin, dilatation du canal cervical par des tiges de laminaire, des cônes d'éponge préparée, une lanière de gaze, etc.); tantôt, au contraire, on a beau pousser dans la matrice des corps étrangers de tout volume et de toute longueur (bougies, sondes, ballons hydrostatiques divers, eau simple ou antiseptique, glycérine, etc.), l'organe supporte tout presque sans réagir ; on ouvre le col, on obtient une dilatation très avancée, et cependant les parois ne se contractent pour ainsi dire pas ! même la rupture des membranes, considérée comme le moyen le plus certain de provoquer des contractions, est parfois bien lente dans son action ou même inefficace.

Et pendant le travail le plus naturel, à terme, malgré une présen-

tation favorable, une bonne conformation des parties dures et molles, ne voit-on pas dans certains cas une matrice inerte, paresseuse au point de faire perdre patience à un saint ! Dans un service hospitalier, ce n'est rien ; mais dans la clientèle civile, c'est excessivement désagréable et l'on a beaucoup de peine à ne pas intervenir plus activement que de raison.

Aussi avons-nous accueilli avec une vive satisfaction le moyen communiqué au Congrès de Bordeaux par notre habile confrère de Bruxelles, M. Kufferath, et nous l'avons expérimenté sans retard : les occasions ne manquent pas dans notre service, puisqu'elles se sont présentées cinq fois dans le courant du mois dernier.

Le procédé de M. Kufferath a déjà été signalé dans ce journal (n° du 25 août, page 301) ; il consiste, en résumé, à injecter une couple de litres d'eau dans le segment inférieur de l'utérus pour décoller les membranes en bas, au pourtour de l'orifice interne et jusqu'à certaine distance (non encore déterminée).

C'est simple, à la portée de tous les praticiens et sans aucun danger, semble-t-il jusqu'à présent, pourvu que l'on s'entoure des précautions nécessaires pour éviter l'infection et l'entrée de l'air dans la cavité utérine.

M. Kufferath se sert de l'appareil d'Esmarch, que tout le monde emploie maintenant avec raison pour les injections vaginales et utérines ; la canule est un simple tube en verre de 1/2 à 3/4 centim. de diamètre, largement ouvert à son extrémité ; cette canule est en forme d'S, ce dont nous ne voyons pas, pour notre part, la nécessité, la canule droite pouvant très bien atteindre le but.

Voici, pour le surplus, la *description exacte du procédé*, telle que l'a donnée M. Kufferath dans sa communication au Congrès de Bordeaux :

Je commence par stériliser l'appareil, par désinfecter d'une façon complète mes mains, la région de la vulve, la face interne des cuisses et la région anale. Je ne fais l'antisepsie du vagin que lorsqu'il y a une infection gonorrhéique récente, mais alors je la fais très minutieuse.

Je fais donner à la parturiente quelques douches vaginales tièdes pendant une journée, douches qui doivent être données avec de l'eau stérilisée et avec toutes les précautions voulues. Je les fais donner par des élèves en médecine bien stylés ou je les pratique moi-même. Le lendemain, je proveque l'accouchement à l'aide des injections intra-

utérines dont voici le mode opératoire : un ou deux doigts de la main gauche, remontant dans le vagin, j'accroche le col avec l'extrémité d'un des doigts placé dans l'orifice externe, et j'attire le col en avant vers le pubis. Le col étant ainsi ramené vers le centre du bassin, j'introduis la canule de la main droite. L'instrument suit la direction des doigts placés dans le vagin et j'arrive ainsi à l'orifice du col. L'introduction dans ce dernier est facile si l'on a eu soin de ramener celui-ci vers le pubis et si l'on reporte l'extrémité inférieure de la canule vers le périnée. La parturiente doit être placée dans la position obstétricale, sur le bord d'une table ou d'un lit. L'orifice externe franchi, je pousse la canule à travers le canal cervical jusqu'à l'orifice interne. La canule ne doit guère dépasser celui-ci. Il suffit donc de l'enfoncer de 3 à 5 centimètres à travers l'orifice externe, suivant la longueur du col ; l'extrémité libre de la canule vient aussi faire saillie dans le segment inférieur de l'utérus ; elle est directement en rapport avec les membranes. Il est inutile et même nuisible de pousser l'instrument plus loin.

La canule ainsi placée, je commence l'irrigation. Pour éviter la pénétration d'air avec le liquide dans le segment inférieur, il peut être utile de faire couler le liquide pendant toute la durée du placement de la canule.

Le liquide pénètre facilement dans le segment inférieur. Il se répand entre les parois et les membranes, provoquant ainsi un décollement qui s'étend à une partie du segment inférieur. Dès que la pression augmente, le liquide s'échappe à l'extérieur ; par cette irrigation, la partie qui se présente n'a aucune tendance à être refoulée, le liquide éprouvant moins de résistance à se répandre entre les membranes et l'œuf, qu'à soulever ou déplacer l'enfant. Le plus souvent une partie du liquide injecté ne s'écoule pas complètement à l'extérieur, il n'en ressort qu'au moment où on en retire la canule.

Comme liquide d'injection, je me sers d'eau stérilisée additionnée d'acide borique. Il n'est pas nécessaire d'ajouter au liquide aucune substance irritante pour la muqueuse de l'utérus. La température du liquide doit être tiède, 35 degrés. Dans des cas spéciaux, elle pourrait être plus élevée ou plus basse. La quantité que je fais passer ainsi varie ; si le reflux se fait facilement, il n'y a aucun inconvénient à laisser écouler un ou deux litres ; si le reflux ne se fait pas, il faut retirer la canule afin de laisser s'écouler le liquide en excès. Inutile de dire que la pression sous laquelle l'irrigation est faite doit être faible.

Il suffit d'élever l'appareil de 50 centimètres au-dessus du plan sur lequel se trouve la parturiente. Faite ainsi, l'irrigation ne présente aucun danger, et, en effet, je n'ai constaté aucun accident, aucune application due à la surdistension du segment inférieur.

Je n'ai eu qu'à me louer de ce procédé : les femmes supportent bien ces irrigations, elles n'éprouvent le plus souvent aucun symptôme particulier, parfois quelques coliques qui disparaissent dès que la canule est retirée et que le liquide s'écoule à l'extérieur.

Je ne puis que vanter l'efficacité de cette méthode. Au bout de 2 heures, les contractions apparaissent, le travail s'établit et arrive à une terminaison rapide. Le plus souvent les douleurs apparaissent 5 à 6 heures après l'injection. Lorsque les douleurs sont paresseuses, que le travail rétrocede, je répète les injections trois ou quatre fois pendant les 24 heures.

Ce procédé de M. Kufferath diffère sensiblement des autres manières d'employer l'eau et de décoller les membranes préconisées jusqu'à ce jour. Il se rapproche le plus du procédé de Cohen (Voir notre *Cours d'Accouchements*, 2^e édition, t. II, p. 465), qui consiste à introduire une canule à la profondeur de 5 centim. entre l'utérus et l'œuf, puis à y injecter avec une petite seringue 60 à 80 gr. d'eau de goudron ; « ainsi un segment des membranes est décollé, la matrice est irritée, des contractions ne tardent pas à se faire sentir ».

Quelques-uns introduisent une sonde en caoutchouc ou autre à 10 ou 12 centim. entre l'œuf et l'utérus et y injectent 100 à 150 gr. d'eau tiède stérilisée ou de glycérine, « pour décoller une partie des membranes et exciter la face interne de la matrice ».

Ces injections amènent souvent des douleurs, des malaises, des frissons, de l'anxiété, de l'angoisse, des syncopes ; mais ces divers troubles sont d'habitude passagers.

On peut aisément décoller le segment inférieur de l'œuf à l'aide d'un ou deux doigts introduits dans le col, dès que celui-ci est suffisamment perméable. Mais nous avons constaté maintes fois que cela produit peu d'effets.

Les douches de *Kiwisch* ou irrigations vaginales sont utiles pour préparer les parties, aider au ramollissement du vagin et du col ; elles stimulent les contractions utérines, mais pas toujours, et d'autres moyens doivent être ajoutés.

De plus, les irrigations vaginales ont produit des accidents graves

et même mortels ; elles exigent donc beaucoup de prudence et précautions.

On pourrait craindre que les injections de M. Kufferath présentent des dangers analogues, et c'est ce que M. Tarnier a fait remarquer au Congrès de Bordeaux.

Jusqu'à présent ces appréhensions ne semblent pas justifiées. pendant il est bon de se rappeler les faits malheureux rapportés par Depaul, Blot, Simpson, Van Leynseele, à la suite des simples irrigations vaginales de Kiwisch, afin de n'omettre aucune des recommandations détaillées par M. Kufferath.

125. — Traitement des métrites par la solution chlorure de zinc au 1/10^e. — M. le Dr Ernest Fort expose la méthode de traitement préconisée par M. Périer, méthode qu'il a employée dans le service de M. Nélaton où il a pu, à ce sujet, recueillir de nombreuses observations confirmatives de ses bons effets.

Cette méthode, imitée de celle de Sanger, peut être employée à peu près dans tous les cas de métrite, sauf dans les suivants :

1^o Il existe des fongosités cancéreuses ou des débris de membranes placentaires qui jouent le rôle de corps étrangers de l'utérus. Le curetage, évidemment, est ici tout indiqué.

2^o Il existe, avec la métrite, une lésion aiguë des annexes. Suivant les cas, on devra pratiquer ou l'hystérectomie ou la laparotomie, bien, si par un traitement médical on obtient la sédation des lésions inflammatoires, on essaiera ensuite la cautérisation au chlorure de zinc.

3^o On se trouve en présence d'une métrite hémorrhagique intense. L'avis de notre maître M. Nélaton est, qu'ici, il faut pratiquer le curetage.

Mais s'il s'agit de métrorrhagies peu abondantes, ou de métrite catarrhale, ou de métrite post-puerpérale sans rétention de débris placentaires, ou enfin de métrite accompagnée de salpingite non volumineuse ni aiguë, le traitement par le chlorure de zinc devient le traitement de choix.

Voici maintenant, avec quelques détails, son mode d'application.

La première chose à faire est d'installer à proximité du lit de malade un irrigateur rempli d'une solution antiseptique — liqueur

de Van Swieten au 1/4 par exemple — dont on aura à se servir avant et après chaque opération.

La malade est étendue en travers du lit, la tête reposant sur un oreiller, et le siège tout à fait sur le bord du lit. L'opérateur assis sur une chaise, en face, laisse reposer sur chacun de ses genoux un pied de la malade, ayant à sa portée d'une part la canule de l'irrigateur, d'autre part un spéculum et une pince à col. Comme l'opération ou le pansement se font dans un temps très court, on peut voir que la présence d'aucun aide n'est indispensable.

Pour la première opération, la dilatation, on place la malade et l'opérateur lui-même se place dans la position indiquée.

On savonne la vulve.

On lave soigneusement le vagin avec la solution de sublimé.

On place son spéculum.

On met, si on l'a, la pince à col sur la lèvre antérieure, et on la maintient avec le pouce et l'index gauche — le petit doigt de la même main appuie sur le spéculum pour le laisser en bonne position.

On mesure la profondeur de l'utérus.

On prend une laminaire suffisamment petite pour pouvoir être introduite sans frottement dans le canal cervical — on l'enduit de vaseline et l'on a soin de la pousser jusqu'au fond de l'utérus. C'est en effet l'utérus en entier qu'il faut dilater.

On place un tampon de gaze iodoformée au fond du vagin pour maintenir la laminaire en place.

On retire le spéculum.

On fait la toilette de la vulve.

Voilà pour cette première opération, qu'on recommencera deux, trois, quatre fois de suite à 24 heures d'intervalle, jusqu'à ce que l'on ait une dilatation suffisante pour pouvoir porter dans la cavité utérine un petit tampon d'ouate imbibé du liquide caustique.

A l'hôpital, où les malades gardent le lit et où l'on a toute la série de lamineuses, deux ou trois jours suffisent en général pour obtenir cette dilatation. Mais dans la pratique privée, on sera souvent obligé, surtout si les malades continuent à vaquer à leurs occupations, de dilater plus lentement pour provoquer moins de douleur et d'y consacrer cinq ou six séances.

Pour la deuxième opération, c'est-à-dire la cautérisation, on emploie le porte-coton spécial de Collin ou un long stylet quelconque, une sonde en gomme rigide, une branche de pince à ligament large,

à la rigueur une tige de bois unie et flexible peuvent le remplacer.

Quel que soit donc l'instrument dont on dispose, on enroule solidement, à son extrémité, un peu d'ouate hydrophile et le plonge dans le flacon de chlorure de zinc, tout prêt à être employé, puis :

On place la malade en position.

On lave soigneusement le vagin.

On retire le tampon et la laminaire.

On place le spéculum et la pince du col comme précédemment.

On prend le tampon imbibé de chlorure de zinc que l'on a préparé.

On le porte directement au fond de l'utérus et on l'y maintient exactement cinq minutes.

On le retire.

On le remplace par une mèche de gaze iodoformée de naphthol camphré que l'on a aussi préparée d'avance. Cette mèche, que l'on place avec une pince à pansement, doit tamponner modérément l'utérus et ressortir dans le vagin. Une longueur de 20 centimètres est suffisante.

On met un tampon au fond du vagin, pour maintenir la mèche qui assurera le drainage.

On fait la toilette du vagin et de la vulve.

Quant aux pansements consécutifs, c'est 48 heures environ après la cautérisation que l'on doit faire le premier.

On met la malade en position.

On retire le tampon et la mèche.

On irrigue soigneusement les culs-de-sacs et le vagin. Il s'écoule un liquide brunâtre produit par le mélange du naphthol camphré et des sécrétions de l'utérus : On ne cesse de laver que lorsque le liquide qui s'écoule est devenu clair.

Alors deux cas peuvent se présenter :

A) On n'avait affaire qu'à de la métrite.

B) La métrite était accompagnée de salpingite.

Dans le 1^{er} cas on se contente de replacer au fond du vagin un tampon antiseptique et de terminer par la toilette vaginale.

Dans le 2^e cas, il sera bon de mettre une nouvelle mèche de gaze de naphthol camphré au fond de l'utérus, pour prolonger d'une façon plus efficace le drainage de l'utérus et des trompes. On terminera ensuite comme dans le 1^{er} cas.

Dans la suite deux cas formels se présentent :

1^o Il n'y a que de la métrite : on renouvellera le pansement tous

les deux jours jusqu'à l'approche des règles ; à sera tout. Dans l'immense majorité des cas le syndrome disparu 48 heures après la cautérisation, et le syndrome 15 jours après, ou plutôt immédiatement après l'opération.

2° Il y a de la salpingite :

Dans ce cas, il est bon, tous les deux jours, de toucher combiné au palper, des progrès ou de la tumeur. On cessera le drainage dès l'approche des règles ; mais on le cessera avant si l'on a senti la tumeur revenir à peu près normale. On se contentera alors de pansements comme dans la 1^{re} catégorie.

Ainsi appliqué, ce traitement n'exige pas d'aide médical, n'exige pas un repos prolongé au lit, n'entraîne pas d'atésie, est rapide, car les guérisons ont été faites en moyenne de trois semaines ; il est à la portée de tout médecin. Sanger avait déjà bien démontré l'efficacité de ces cautérisations de chlorure de zinc liquide.



126. — Du traitement des divers genres de dysménorrhée. — La thérapeutique de la dysménorrhée est importante et en même temps délicate de la pratique, car elle varie en raison des causes assez multiples qui produisent les troubles dysménorrhéiques. Parmi ces causes les plus importantes sont, d'après un gynécologue berlinois, J. Düvelius, les déviations utérines, l'endométrite, les trompes et des ovaires.

Le traitement de la dysménorrhée due à une rétroflexion est également suivant qu'il s'agit d'une rétroflexion ou d'une flexion de l'utérus.

Dans le premier cas, il suffit généralement de faire passer au moyen d'un pessaire pour faire cesser ou pour diminuer les douleurs menstruelles : le sang extravasé dans la cavité utérine, dès que celui-ci est redressé, se déverse librement et dès lors la congestion des parois utérines se dissipe, la matrice diminue et la sensation de pesanteur dans le bas-ventre, les coliques utérines, ne tardent pas à disparaître.

Les troubles dysménorrhéiques liés à une antéflexion résistent davantage au traitement ; cependant,

souvent à les enrayer en pratiquant des sondages de la matrice durant les périodes intermenstruelles et en ayant fréquemment recours à une manœuvre qui consiste à refouler en arrière le corps de l'utérus avec une main qui presse au-dessus de la symphyse pubienne, pendant que l'index de l'autre main, introduit dans le vagin, appuie d'arrière en avant au niveau du point d'union du corps et du col de l'utérus.

Parmi les affections de la muqueuse utérine qui provoquent des troubles dysménorrhéiques, celle qu'on rencontre le plus fréquemment est l'endométrite interstitielle, caractérisée cliniquement par une sécrétion relativement peu abondante, ainsi que par l'extrême sensibilité de l'utérus à l'égard de la sonde. Les douleurs menstruelles dues à cette variété d'endométrite sont parfois si violentes qu'il est nécessaire de les calmer par les narcotiques. Comme moyens curatifs, on s'adressera aux cautérisations intra-utérines avec des préparations iodées et astringentes et, dans les cas rebelles, au curettage de la muqueuse utérine.

La dysménorrhée d'origine tubaire se distingue également par sa violence et exige souvent l'emploi des injections hypodermiques de morphine. Quant au traitement proprement dit, il doit viser le relâchement et la résorption des adhérences péritonitiques. Dans ce but on prescrira des injections vaginales chaudes et des suppositoires qu'on formulera comme suit :

Ichtyol..... 0 gr. 25 centigr.

Beurre de cacao..... 2 grammes.

Mélez. Pour un suppositoire. Faites vingt suppositoires semblables.

— Introduire un suppositoire chaque soir au moment du coucher.

A ces divers moyens on ajoutera le massage de la trompe lésée, mais seulement si l'on est sûr qu'il n'existe pas de collections purulentes, sanguines ou séreuses, et que la salpingite n'est pas d'origine blennorrhagique. Lorsqu'on se trouve en présence de ces complications, il faut s'abstenir du massage et il ne reste plus alors qu'à pratiquer l'ablation des trompes et des ovaires.

Les dysménorrhées d'origine ovarienne sont très fréquentes ; elles peuvent être dues à une oophorite, c'est-à-dire à une véritable lésion inflammatoire de l'ovaire avec ou sans retentissement péritonéal, soit à une simple névralgie ovarienne, survenant sous l'influence de la congestion cataméniale. Le traitement palliatif exige dans les deux cas l'emploi des narcotiques, ainsi que l'application, sur la région

ovarienne, de glace ou de compresses mouillées tissu imperméable pour combattre les douleurs tout cours de la période menstruelle. Le traitement de la norrhée liée à l'oophorite comprend l'usage des électrodes, du massage, des injections iodées chatoires à l'ichtyol. De tous ces moyens, c'est endiqué avec douceur, pendant les périodes intermieux réussi à M. Düvelius, surtout dans les cas de tracté des adhérences. En effet, notre confrère est de malades, grâce au massage, à libérer l'ovaire l'immobilisaient et le comprimaient et à obtenir rition complète, soit une atténuation notable de cas d'oophorite non compliquée, les effets du ma favorables.

Pour ce qui concerne les ovarialgies menstrue toires, on sait que leur traitement est des plus di la castration ne débarrasse pas toujours les malade qu'elle ne fait parfois que déplacer. La grossesse les observations de M. Düvelius, exercer une infl ces ovarialgies en mettant temporairement au rep notre confrère conseille ne ne pas s'opposer au filles atteintes d'ovarialgie menstruelle, pourvu q soit pas compliquée par l'existence de troubles hy

Tels sont les divers genres de dysménorrhée qu tachés à des lésions de l'utérus et de ses annexes. troubles dysménorrhéiques de cause locale, il y a core l'existence d'une variété particulière de dys altérations morbides de l'état général et que l'on ment chez les jeunes filles anémiques ou chloroti

Dans cette forme de dysménorrhée, on obtien résultats par l'emploi de l'antipyrine, de la phéna viburnum prunifolium. M. le docteur G. Schwa survenir dans dix cas la guérison complète de (grâce à l'usage de l'extrait fluide de viburnum, les cinq ou six jours qui précèdent les règles. Les sont aussi un excellent moyen de traitement des rhéiques dont il s'agit ; en effet, M. Schwarze qu'il suffisait aux malades de monter à cheval ou oice de la danse quelques jours avant l'époque

pour que la menstruation s'effectuât sans douleur, On recommandera donc à ce genre de malades tous les exercices qui exigent une dépense considérable de force musculaire, tels que l'équitation, la danse, les longues promenades à pied, surtout dans les montagnes, et la gymnastique en général.

(Semaine médicale.)

127. — Des applications d'acide phénique concentré dans le traitement des chancres mous chez la femme.

— D'après l'expérience clinique de M. le docteur O. von HERFF, privat-docent d'obstétrique et de gynécologie à la faculté de médecine de Halle, un excellent procédé de traitement des chancres mous chez la femme, consiste dans la cautérisation des plaies au moyen de l'acide phénique pur liquéfié.

On procède de la façon suivante :

Après avoir lavé les parties avec une solution antiseptique (sublimé), on examine une à une toutes les ulcérations chancrelleuses dont le nombre est souvent considérable, puisqu'on a pu en compter jusqu'à trente et même quarante dans certains cas, — on les absterge avec de petits tampons de coton hydrophile, puis on les badigeonne légèrement avec l'acide phénique. On se sert pour ces attouchements d'un petit bâtonnet de bois dont le bout légèrement rugueux est plongé dans le liquide caustique. De cette façon, on peut localiser très exactement l'action de l'acide phénique, ce qui est très important, vu le nombre considérable de plaies, que l'on doit cautériser. Les ulcérations se recouvrent immédiatement d'une eschare blanchâtre superficielle ; on les essuie avec du coton pour enlever l'excès du caustique. La cautérisation avec l'acide phénique ne provoque qu'une douleur modérée et de courte durée, et ce n'est que dans les cas de plaies chancrelleuses très étendues ou bien siégeant dans le voisinage du clitoris ou de l'orifice de l'urèthre qu'on est obligé d'insensibiliser préalablement les parties au moyen de la cocaïne.

Le traitement consécutif comprend de simples soins de propreté consistant en bains de siège, injections ou application de compresses humides pour lesquelles on se sert d'une solution de permanganate de potasse ou de lysol, ou bien, — dans la clientèle pauvre — d'une simple infusion de camomille. La malade est revue au bout de quatre ou cinq jours. A ce moment presque toutes les plaies sont déjà en voie

de cicatrisation. Celles qui n'ont pas été suffisamment modifiées par le caustique ou qui n'avaient pas été remarquées sont touchées avec l'acide phénique concentré. Cette seconde cautérisation suffit généralement pour amener la guérison, à moins qu'on n'ait affaire à des lésions syphilitiques méconnues : dans ce dernier cas, l'insuccès des applications phéniquées permet d'établir le véritable diagnostic.

En général, le traitement des chancres mous chez la femme par la cautérisation avec l'acide phénique concentré est d'une application facile et commode, d'un effet sûr et rapide. Il n'exige pas le repos de la malade, il présente sur le pansement à l'iodoforme l'avantage d'être inodore et exerce, en outre de son action curative, un effet analgésique marqué. Enfin il amène dans la plupart des cas la disparition rapide des tuméfactions ganglionnaires avant que leur fonte purulente ait eu le temps de se produire. (Sem. Méd.).

128. — De la conduite à tenir dans les accidents gravidocardiaques. — Sous ce titre, M. RIVIÈRE a fait, à la Société de gynécologie de Bordeaux, une communication importante, appuyée sur deux observations, et qui peut ainsi se résumer :

Sous le nom d'accidents gravidocardiaques, il y a lieu de distinguer :

1° Les accidents qui surviennent, sous l'influence de la grossesse, chez des femmes antérieurement atteintes de lésions cardiaques vraies ;

2° Les accidents, simplement fonctionnels ceux-là, favorisés par l'hypertrophie cardiaque normale de la grossesse, par la gêne fonctionnelle des émonctoires de l'organisme, accidents graves néanmoins et demandant une médication rationnelle et énergique.

Chez une gravidique atteinte, au moment où l'accoucheur est appelé près d'elle, d'accidents cardiaques aboutissant déjà ou près d'aboutir à l'asystolie, la provocation artificielle de l'accouchement est rarement indiquée d'emblée. La saignée agit mieux et plus vite, aidée par une action énergique sur les poumons (oxygène), les reins (lait), l'intestin (purgatifs, désinfection intestinale).

Chez une gravidique atteinte, au moment où l'accoucheur est appelé près d'elle, d'accidents cardiaques légers, on peut, par le même traitement, enrayer les accidents, rendre possible, facile ou relativement peu pénible la fin de la grossesse et sauvegarder la vie de la mère en assurant celle du fœtus.

Le chloroforme à la fin de la période de dilatation et pendant l'expulsion, qui doit alors être artificielle pour hâter le plus possible la parturition, peut, manié avec prudence et malgré l'état du cœur, à cause même de l'état du cœur, être donné en toute assurance.

La condamnation portée par M. Rivière contre l'accouchement provoqué chez les cardiaques asystoliques, a été combattue par MM. Chambrelent, Lefour, Lugeol, qui ont réclamé pour la clinique le droit d'éclectisme. *(Bull. méd.)*

* * *

129. — De la conduite à tenir dans les présentations de l'épaule négligées. — M. KEHRER, d'Heidelberg. Les présentations de l'épaule négligées sont celles dans lesquelles la contraction agissant sur la tête et le siège du fœtus fléchissent celui-ci et déterminent une cypho-scoliose.

La poitrine et le ventre du fœtus forment un cône qui, contenu dans le col utérin très dilaté, est enclavé dans le petit bassin.

Lorsque l'enfant est vivant, le traitement consiste à refouler vers le fond de l'utérus la partie fléchie, à la redresser, puis, après l'avoir repoussée du côté où se trouve la tête, à saisir une jambe, attirer le siège en bas et mettre le fœtus en présentation du siège complète mode des pieds.

Lorsque le fœtus n'a pas dépassé 7 mois, ou s'il est mort lorsque l'incurvation siège au niveau des dernières vertèbres dorsales, on pénètre dans la poitrine en sectionnant d'un côté 7 ou 8 cartilages costaux, puis, par cette brèche, on extrait les organes contenus dans le thorax et l'abdomen ; on essaye ensuite de ramener le sommet de l'angle de flexion vers le siège, d'après le mécanisme de l'évolution spontanée.

Si l'enfant est mort et que la courbure siège au bout de la colonne dorsale, il faut pratiquer la décollation au moyen de ciseaux ou de crochet à clef.

* * *

130. — Diagnostic et traitement des rétrodéviations de l'utérus. (*Canadian medical Association. Meeting of the 37. August 1895. The Montreal medical Journal, september 1895, p. 210.*) — M. LAPHORN SMITH passe en revue les causes habituelles de ces déplacements : couches mauvaises, travaux fatigants, chutes sur

le bassin, etc. Il peut exister une prédisposition individuelle due au relâchement des ligaments ronds par faiblesse locale ou générale de l'appareil musculaire. Le diagnostic ne présente quelques difficultés que s'il existe en même temps un déplacement des annexes avec complication inflammatoire de leur côté. Passant en revue les traitements connus, l'auteur recommande l'opération d'Alexander ou la ventrofixation : il donne la technique de ces deux opérations.

M. Farrell (d'Halifax) pratique la ventrofixation, et, en faisant maintenir dans l'utérus une sonde par un assistant, il se contente d'une très petite incision abdominale. Dans un cas son opérée présenta au quatrième jour des symptômes d'obstruction intestinale : il plaça la malade dans la position de Trendelenburg et en secouant vigoureusement les hanches il produisit une douleur violente et subite, annonçant que l'obstruction était vaincue.

M. W. Ingston estime que la rétroversion, non compliquée d'adhérence guérit facilement : avec un peu de patience on peut se passer de l'opération d'Alexander et de la ventrofixation. Avec un bon pessaire, l'utérus peut être maintenu en bonne position, et au bout de quelques semaines, il y demeure de lui-même. En cas de besoin, préférer la ventrofixation à l'opération d'Alexander.

131. — Traitement conservateur des collections tubaires. (*Congrès de Bordeaux.*) — M. VULLIET (de Genève) proteste contre l'emploi abusif de la castration utérine ou annexielle érigée en méthode habituelle de traitement des collections tubaires. Il préconise l'évacuation des liquides par la ponction ou l'incision, et le drainage vaginal par la destruction des adhérences au moyen du massage, enfin par l'emploi de la thérapeutique médicale antiphlogistique. La castration sera réservée aux cas qui paraîtront d'emblée trop compliqués ou qui auront résisté au traitement conservateur bien conduit et suffisamment prolongé.

132. — A propos des soins à donner au cordon ombilical du nouveau-né. — D'après M. le docteur SCHLIEP (de Stettin), le meilleur traitement du cordon ombilical consiste à le badigeonner deux fois par jour avec une solution de nitrate d'argent à

2 %. Ces badigeonnages ont pour effet de hâter considérablement la momification et la chute du cordon. Dès le second jour de ce traitement, le cordon se dessèche et prend la consistance du cuir. Le lendemain, il est ratatiné au point de ne présenter que le cinquième de son volume primitif. Sa chute définitive a lieu au troisième ou quatrième jour après la naissance de l'enfant.

(*La Sem. Méd.*)



133. — Traitement de la fausse couche. — Selon *Rooschü*: qui a observé 232 cas de fausse couche à la clinique universitaire de Berlin, le traitement expectatif armé et le traitement actif de l'avortement (curettage et enlèvement manuel de l'œuf ou des membranes) se complètent réciproquement. Si les désordres dus à la fausse couche n'ont pas grande importance, il faut savoir attendre les événements. L'intervention est indiquée dès qu'il se déclare des métrorrhagies abondantes ou des symptômes d'infection de l'organisme tout entier. Dans ces circonstances, si le col n'est pas suffisamment dilaté, il suffira de produire la dilatation artificielle du canal cervical. Avant toute intervention active, il faut avoir soin non seulement de chloroformer la patiente, mais encore de désinfecter la sphère génitale par des lavages au savon, suivis d'ablutions d'eau sublimée à 1 p. 4000.

Après l'opération manuelle ou instrumentale il est indiqué de faire des injections utérines d'eau sublimée à 1 p. 4000 chauffée à la température de 45° centigrades. A Berlin on administre aux opérées le seigle ergoté et l'on applique une vessie de glace *loco dolenti*. S'il existe une hémorrhagie profuse, on tamponne l'utérus au moyen de gaze iodoformée. Toute femme qui a eu un avortement restera au lit au moins pendant huit jours.

H. L.

(*Journ. d'accouchements*).

FORMULAIRE

De l'indication de l'acide chlorhydrique dans la dyspepsie utérine

(JULES CHÉRON.)

L'acide chlorhydrique est souvent indiqué dans la dyspepsie utérine, non seulement dans les hypochlorhydries franches si fréquentes

chez les neurasthéniques et les anémiques, mais un grand nombre de fausses hyperchlorhydries qui résultent d'une sécrétion exagérée de l'acide chlorhydrique, manifestations lactiques donnant lieu à des symptômes subjectifs aigus et acides, pouvant facilement en imposer pour une hyperchlorhydrie.

Dans ces cas, nous employons la limonade de la façon suivante :

Acide chlorhydrique.....
Eau distillée.....

Prendre un-demi verre à bordeaux au moment du repas.

Au moment de boire, on remplit le verre à bordeaux d'une quantité d'eau dans laquelle on a fait dissoudre du bicarbonate de soude de 0 gr. 50, voire même de 1 gr.

Le bicarbonate de soude a pour but de combattre l'acidité, ce qu'il fait d'ailleurs fort bien, en même temps qu'il active le travail digestif. Vu l'état de l'acidité des substances actives en présence, ces deux actions ne se nuisent pas l'une sur l'autre.

Si, de l'administration de ce mélange, la fermentation ne se trouve pas suffisamment diminuée et si les fermentations sont qu'incomplètement suractivées, ce qu'il est facile d'interroger les malades relativement à la diminution des symptômes de leur dyspepsie, on peut en donner une dose aussitôt après le repas, et une troisième dose deux heures après le repas.

Le résultat obtenu vient confirmer ou infirmer le diagnostic.

Nous avons vu un grand nombre de malades pendant des années comme hyperchlorhydriques, qui ont consommé kilogrammes de bicarbonate de soude sans résultat, guéries de leur dyspepsie par l'emploi de l'acide chlorhydrique et du bicarbonate de soude.

Directeur-Gérant,

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

- I. — GROSSESSE ADIPEUSE (LE CAS DE M. MONOD ET UNE OBSERVATION INÉDITE).
- II. — ICTÈRE GRAVE AU COURS DE LA GROSSESSE.
- III. — TRAITEMENT DE L'INFECTION PUERPÉRALE PAR LA MÉTHODE DE FOCHIER.

I. — Le diagnostic de la grossesse, d'une importance capitale pour les gynécologistes, présente parfois de grandes difficultés et nous avons consacré plusieurs revues à ce sujet si intéressant. (1)

M. MONOD (de Bordeaux) publiait récemment dans les *Annales de la Polyclinique de Bordeaux* (1895, n° 27) une curieuse observation de grossesse adipeuse. Il s'agit d'un de ces cas d'obésité partielle et rapide, localisée à la paroi abdominale et aux seins, déjà signalés autrefois par DEPAUL, qui peuvent, à un examen rapide, en imposer pour une grossesse véritable.

J'ai eu l'occasion, il y a un peu plus d'un an, d'observer un cas analogue, que je vais brièvement résumer.

Une jeune femme de 20 ans, mariée depuis un an, avait vu, quelques mois après le mariage, ses règles se supprimer à peu près complètement en même temps que ses seins se dévelop-

(1) Voir notamment J. BATUAUD : Quelques erreurs de diagnostic dans le cas de grossesse et particulièrement quand il y a diminution de la quantité du liquide amniotique et métrorrhagies, *Revue des mal. des femmes* janvier 1889.

paient et que le ventre augment
Elle se crut enceinte, et le diagno
examen sommaire, par un médec
le 5^e mois, elle crut sentir rem
présumé de la grossesse, et épre
être des douleurs expulsives, el
prépara tout pour l'accouchemen
faite depuis longtemps et un b
apporté dans la chambre de l'h
jours, les douleurs semblant s'
n'ayant lieu, la sage-femme fit v
qui avait déjà vu la malade, quel
confrère qui m'appela à me pronc
pour lui, car il croyait à une groi
un vrai travail, mais, en l'absenc
se demandait s'il ne s'agissait p
craignait qu'une expectation plu
de sa cliente.

C'est, muni de ces renseignements
femme. Le ventre, à la seule i
moins volumineux qu'il n'aurait
me ; à la palpation de l'abdomen,
tumeur d'une nature quelconqu
était d'ailleurs très épaissie. Lig
ce symptôme n'a qu'une bien fail
la percussion, pas de matité. Je
position de l'examen au spécul
peine à trouver que l'utérus a ab
utérus de nullipare, qu'il est en
porte deux petits ectropions, ce q
au niveau de l'orifice externe et
côtés sont absolument normales

Dans ces conditions, je ne pou
qu'il n'y avait pas de grossesse
avait pas le moindre sujet de s
d'un fœtus qui n'existait pas. J

vaincre la malade et à la consoler, car c'était, pour elle, une grosse déception.

Voici l'observation de M. MONOD, qui est assez analogue à celle qu'on vient de lire :

Il s'agit d'une femme de vingt-sept ans, de robuste constitution ; mariée depuis sept ans, elle n'a jamais eu de grossesse. En juin 1894, elle a remarqué pour la première fois que son ventre grossissait. Vers la même époque, elle a été prise de vomissements alimentaires et de fortes douleurs dans les reins. Dans le courant du mois d'août, les seins ont notablement augmenté de volume et la malade a constaté un léger écoulement par les mamelons d'un liquide lactescent. A ce moment un médecin lui déclara qu'elle était enceinte, bien qu'il y eût persistance des règles. En décembre, elle aurait rendu à la suite de vives coliques un caillot assez volumineux, entouré d'une peau blanchâtre, qui lui fit croire à l'existence d'une fausse couche. Cependant, elle continua à grossir du ventre et de la poitrine, les autres parties du corps ne participant pas à ce développement inexplicable. La santé générale restait d'ailleurs bonne.

Au onzième mois de cet état, la malade vint consulter M. Monod. A l'examen il trouve l'abdomen proéminent, régulièrement arrondi, offrant à première vue la forme et le volume d'une grossesse de sept à huit mois. La peau est sillonnée par de nombreuses et larges vergetures, qui se prolongent sur la partie supérieure des cuisses, ainsi que sur les seins. La cicatrice ombilicale, au lieu d'être effacée comme elle l'est généralement dans le cours de la grossesse, est enfoncée et plus profonde qu'à l'état normal. La percussion ne révèle en aucun point de matité nettement accusée. A la palpation, on est frappé par l'épaisseur considérable de la paroi. L'énorme accumulation de graisse qui double la paroi rend à peu près impossible la palpation de la cavité abdominale.

La région mammaire participe au développement exagéré de l'abdomen. L'hypertrophie des seins est le résultat d'une surcharge graisseuse. L'aréole n'offre pas la coloration foncée observée dans la grossesse. Par la pression, on fait sourdre des mamelons un liquide lactescent.

L'obésité est nettement partielle. Les hanches, les membres inférieurs et supérieurs, le cou et la face ne présentent pas un développement qui soit en rapport avec celui de l'abdomen et des mamelles.

Le toucher permet de constater que le col est petit, ferme, très mobile. Une pression soutenue sur la région hypogastrique ne communique pas le plus petit mouvement à cet organe ; il est permis d'en conclure que l'utérus n'a pas subi d'augmentation de volume.

A la suite de cet examen notre confrère conclut que ce développement exagéré du ventre reconnaissait pour unique cause une obésité

partielle, et recommanda pour tout traitement l'exercice, l'hydrothérapie, le massage, quelques purgatifs salins et le régime alimentaire en usage chez les polysarciques.

II. — Le *Journal des Praticiens* publie un travail assez intéressant de M. CHAUFFARD sur un cas d'ictère grave survenu chez une femme enceinte et guéri par les bains froids. N'ayant pas d'expérience personnelle sur ce sujet, je me bornerai à reproduire le résumé de ce travail, tel que je le trouve dans le *Bulletin médical* du 8 décembre 1895.

Une femme de vingt-deux ans, sans antécédents pathologiques, enceinte de trois mois et demi, entre le 15 mars pour ictère par rétention dans le service de M. Chauffard. Elle était ictérique depuis six jours, et avait auparavant traversé la « phase préictérique » qui signale le début des ictères infectieux.

L'ictère se prononce chaque jour de plus en plus mais sans fièvre, sans aggravation de l'état général, quand le 20 mars la fièvre s'allume. Le lendemain l'ictère, la céphalalgie ont augmenté ; il y a eu insomnie ; douleur abdominale surtout dans la région hépatique ; la température atteint 40°8 ; le taux de l'urée est tombé à 12 grammes.

En présence de cette situation M. Chauffard, qui jusqu'alors n'avait prescrit que la diète lactée et une dose quotidienne de 4 gr. de benzoate de soude, se résout à recourir aux bains froids. Mais, comme l'ictérique supporte la réfrigération moins bien que le typhique, comme son myocarde affaibli est plus vulnérable, les bains ont été peu prolongés ; le premier a été donné à 26°, le second à 24° et quelques-uns à 22°. Les bains ont été donnés dès que la température atteignait ou dépassait 39° ; treize bains ont été pris en six jours. En même temps on pratiquait chaque jour des injections de sérum artificiel et on donnait du champagne frappé.

Sous l'influence de ce traitement, la température baisse progressivement pour tomber, le 25 au matin, à 36°4. A ce moment les urines montent à un litre et l'urée à 18 gr. Le 26, les fèces commencent à se recolorer, et le foie reprend ses dimensions primitives. Après différentes reprises de fièvre, le 29, la malade est en pleine convalescence, qui s'effectue sans complications ni rechute. La grossesse semble avoir continué normalement son cours.

M. Chauffard, en rapportant cette observation, la fait suivre de considérations cliniques intéressantes.

Tout d'abord, on voit là une fois de plus combien est variable et difficile à prévoir la marche des ictères infectieux aigus. Bénignité, au début des accidents ; puis soudain, au douzième jour de l'ictère, des phénomènes inquiétants se montrent : la fièvre s'élève brusque-

ment jusqu'à 40°8, la céphalée devient très intense, le taux de l'urine s'abaisse, le foie diminue de volume, des épistaxis se produisent.

De plus cet ictère a évolué sur un terrain tout spécial, le terrain gravidique, et tous les auteurs ont signalé la fréquence relative de l'ictère grave chez la femme enceinte. Il n'est pas douteux que, par elle seule, la grossesse mette la cellule hépatique dans un état de vulnérabilité tout spécial, en imminence de dégénérescence toxique, ainsi que le prouvent ces lésions typiques du foie dans l'éclampsie puerpérale avec ictère, l'aspect gomme gutte et ecchymotique, les lésions de nécrobiose cellulaire que révèle l'examen histologique.

La grossesse, en matière d'ictère grave primitif, est donc une cause prédisposante majeure, abstraction faite, bien entendu, des cas d'ictère grave *post-partum* où la septicémie puerpérale peut être mise en cause.

Si la grossesse aggrave un ictère infectieux, celui-ci, à son tour, peut compromettre la grossesse. Nul doute que la malade n'eût fait une fausse couche, si la température s'était, pendant un jour ou deux, maintenue au-dessus de 40°.

Cette thérapeutique de l'ictère grave fébrile par les bains froids, dont M. Chauffard ne parle pas dans son article « Ictère grave » du *Traité de médecine*, n'a guère encore été essayée, cependant on peut citer, dans un ordre analogue de faits, deux cas publiés à Lyon en 1892 par Humbert Mollière ; il s'agissait d'infections biliaires lithiasiques avec hyperthermie, et c'est bien à l'administration des bains froids que semble avoir été due la guérison. Quant à M. Chauffard, c'est la troisième fois qu'il a baigné un ictère infectieux fébrile. Le premier malade a guéri et le second a succombé.

III. — On sait combien est discutée la méthode préconisée par M. FOCHIER (de Lyon), pour le traitement de l'infection puerpérale, méthode qui consiste à provoquer des abcès artificiels au niveau des membres inférieurs, dans l'espérance que ces abcès auront une influence favorable sur la marche des lésions pelviennes, ainsi que cela s'observe assez souvent en clinique, quand il y a formation d'un ou de plusieurs abcès, par l'évolution seule de la maladie (abcès critiques des vieux auteurs.)

A notre avis, le traitement de l'infection puerpérale consiste, avant et par-dessus tout, dans la désinfection de l'utérus par le curettage dès que les injections intra-utérines se sont montrées insuffisantes. Néanmoins, il peut se faire qu'on soit appelé trop tardivement, et que la thérapeutique locale échoue par suite du retard apporté à l'intervention. C'est alors qu'on peut être conduit à recourir à la méthode de M. FOCHIER. Les trois cas sui-

vants, rapportés par M. SWITALSKY dans la *Thérap. Wochensch.*, et observés dans le service du professeur JORDAN, montrent que ce mode de traitement peut être suivi de succès; les voici, d'après le résumé de la *Médecine moderne* du 7 décembre 1895.

I. — Femme de 20 ans, secundipare; accouchement normal; le 4^e jour, frissons et fièvre avec une courbe caractéristique de pyohémie qui persista pendant 49 jours. Dans le sang on trouvait des staphylocoques. Tous les modes de traitements usuels ayant échoué et l'état de la malade s'aggravant de jour en jour on fit, le 40^e jour après l'accouchement, une injection de 2 gr. d'essence de térébenthine dans le mollet gauche. La douleur fut assez vive pendant 48 heures et persista quoique moins intense, jusqu'à la formation de l'abcès. 10 jours après l'injection, l'abcès, très étendu, fut incisé et il s'en écoula environ 300 gr. de pus jaunâtre, épais, et avec des flocons de tissu nécrosé. Après l'injection la malade n'eut qu'une seule fois des frissons, mais la fièvre persista jusqu'au moment de l'ouverture de l'abcès. A partir de ce moment le rétablissement marcha vite.

II. — Malade de 28 ans, primipare; accouchement laborieux, extraction manuelle du placenta; le lendemain, fièvre qui offrait ensuite le type continu; délire, langue sèche. Injection de térébenthine le 3^e jour, 3 jours après, les troubles cérébraux se dissipèrent; la fièvre disparut le 10^e jour. Mais la fluctuation n'est devenue nette qu'environ 3 semaines après l'injection et l'abcès ne fut ouvert que le 34^e jour. Rétablissement rapide de la malade à partir de ce moment.

Comme l'infection était ici très grave, on avait fait, outre l'injection hypodermique de térébenthine, une injection intra-veineuse de sublimé (8 milligr. en 3 jours.)

III. — Cas à peu près analogue. Fluctuation, 15 jours après l'injection; l'incision faite, la malade marcha rapidement vers la guérison.

Dans tous ces cas l'injection était, pendant les 2 premiers jours, excessivement douloureuse; dans le premier et le dernier cas l'abcès était chaud; chez la seconde malade l'abcès avait une marche analogue à celle des abcès froids. Dans tous ces cas il est évident que seule l'injection d'essence de térébenthine a sauvé la malade, car le sublimé injecté chez la seconde malade, reste en général sans aucun effet sur l'infection, ainsi que le prouvent les malades auxquelles l'auteur n'avait injecté que du sublimé.

Jules BATUAUD.

TECHNIQUE THÉRAPEUTIQUE

(10^e article, voir les numéros de janvier, février, mars, avril, mai, juin, juillet, août, novembre 1895.)

De la dilatation artificielle de l'utérus

Par le D^r Jules CHÉRON, médecin de Saint-Lazare,
et le D^r Jules BATUAUD, ancien interne de Saint-Lazare.

SOMMAIRE.— Indications de la dilatation : a) Dilatation exploratrice, toutes les fois qu'il est nécessaire de s'ouvrir une voie assez large pour pénétrer, avec le doigt ou avec les instruments explorateurs, dans la cavité utérine.

b) Dilatation curative : 1^{re} considérée comme premier temps d'une intervention portant sur la cavité utérine : dilatation avant curettage, avant myomotomie, etc. ; 2^e considérée comme traitement proprement dit pour élargir et calibrer le canal cervical dans les sténoses (stérilité, dysménorrhée), dans l'endocervicite ; pour assurer le drainage utérin en cas d'endométrite ; pour faciliter l'évacuation des collections tubaires profluentes ; comme moyen hémostatique, particulièrement dans le cas des fibro-myomes ; comme moyen de redressement de l'utérus dans les flexions du corps sur le col.

Contre-indications de la dilatation : grossesse (sauf le cas de vomissements incoercibles), états infectieux aigus de l'utérus ou des annexes, en dehors de la puerpéralité.

Moyens employés pour pratiquer la dilatation : a) Laminaire et éponge préparée. Avantages et inconvénients de ce mode de dilatation. Préparation des lamineires. Mixture pour rendre la dilatation moins pénible. Fixateur de Courtin.

b) Dilatateurs métalliques. Considérations qui nous font préférer ce mode de dilatation quand il est applicable. Dilatateur transversal du D^r Chéron, dilatateur antéro-postérieur du D^r Batuaud. Le reproche fait aux dilatateurs métalliques d'exposer à des perforations n'est applicable qu'à de mauvais instruments employés suivant une technique défectueuse.

c) Filière de Hégar. Un procédé pour transformer l'applicateur de Playfair en dilatateur quand on n'a besoin que d'une dilatation faible. Avantages et inconvénients des filières.

d) Dilatation par tamponnement : méthode de Vulliet, méthode de Landau. Avantages et inconvénients.

Utilité d'associer, dans certains cas, les divers moyens de dilatation énumérés ci-dessus.

Manuel opératoire : Anesthésie générale, anesthésie locale ; antiseptie de la région ; antiseptie des instruments. Question de l'abaissement artificiel préalable.

a) Dilatation avec les éponges et les lamineires : introduction, maintien, extraction.

- b) Dilatation avec nos dilateurs métalliques des branches, extraction.
- c) Emploi de la filière.
- d) Méthode de Vulliet et de Landau.

Les indications de la dilatation artificielle sont nombreuses et importantes et c'est une de la petite chirurgie gynécologique que l'on doit connaître et qui rend les plus grands services.

Voici un malade qui accuse tous les symptômes de la métrite, ou bien encore on hésite entre la métrite et celui de sarcome diffus de la muqueuse. On présente en même temps une sténose du col et une étroitesse du canal cervical qui empêche d'introduire une curette d'exploration. Dans ces cas, la dilatation extemporanée avec un petit dilateur qu'on introduira fermé, qu'on ouvrira peu à peu, puis qu'on maintiendra écarté pendant quelques jours, suffira à rendre possible immédiatement l'exploration, grâce auquel le diagnostic pourra être fait. La dilatation est la plus fréquente de la gynécologie. Souvent on peut avoir besoin de pratiquer la dilatation utérine pour constater l'existence de malade, pour apprécier l'épaisseur de la muqueuse utérine, pour voir si l'on peut faire la myomotomie ou pour voir si l'on peut faire un curetage contre une endométrite myomateuse. En dehors de la période puerpérale, qui est le sujet, (recherche des rétentions placentaires entraînant des accidents hémorragiques), la dilatation intra-utérine ne devient possible que par la dilatation ou de la discision des lèvres.

Actuellement, la section bilatérale du col est la section de l'une ou l'autre des lèvres et c'est quand on prévoit qu'il faudra intervenir que la dilatation exploratrice reconnaît comme celle que nous avons donnée au commencement.

La dilatation artificielle, envisagée au point de vue technique (*dilatation curative*) est, tantôt l'

opération portant sur la cavité utérine (curettage, myomotomie, etc.), et ne joue alors qu'un rôle secondaire, tantôt au contraire, elle constitue, par elle-même un traitement proprement dit et c'est sur les indications de ce dernier ordre qu'il convient surtout d'insister.

Les sténoses de l'orifice externe, les étroitesse du canal cervical, causes fréquentes de stérilité et de dysménorrhée, certaines endo-cervicites, chez les nullipares surtout, chez lesquelles elles entraînent souvent des sensations douloureuses déterminées par la tuméfaction de la muqueuse cervicale enflammée, sont des indications bien nettes de la dilatation artificielle. Quand le col n'est pas sclérosé, et à plus forte raison quand il est molasse et extensible, la dilatation suffit à elle seule à la guérison des sténoses dont nous parlons, et elle met rapidement un terme aux sensations douloureuses éprouvées par les malades. Nous avons même observé un nombre déjà assez grand de stérilités guéries à la suite de quelques dilatations, alors que la sténose de l'orifice externe était le seul obstacle à la fécondation. Il faut s'attendre cependant, car le fait est loin d'être rare, à rencontrer des sténoses peu dilatables, par suite de la dureté presque fibreuse du col, et il convient alors de recourir à la discision du col que nous étudierons plus tard.

La dilatation est souvent indiquée, dans les endométrites, ainsi que nous avons eu, plusieurs fois déjà, l'occasion de le dire dans les articles précédents sur les diverses médications intra-utérines. Assurer un libre écoulement aux sécrétions formées dans la cavité du corps est en effet une condition indispensable à la cure de l'endométrite; sans un bon drainage, les autres moyens thérapeutiques deviennent illusoires.

Le drainage utérin constitue également une nécessité pour la guérison des collections tubaires profluentes; on comprend, en effet, que la perméabilité large de l'utérus ne peut que favoriser leur évacuation. Mais il y a plus, et sans nous attarder à discuter longuement cette question, objet de controverses passionnées, nous dirons que, soit en amincissant les parois utérines et en diminuant ainsi la longueur du trajet intra-utérin des trompes, soit en élargissant indirectement ce trajet, soit enfin en sollicitant la contractilité des trompes de Fallope, peut-être en agissant à la fois par ces divers mécanismes, la dilatation artificielle

de l'utérus a souvent donné entre nos mains, comme entre celles de Walton et de Doléris, des évacuations de collections tubaires que nous voyions persister depuis plus ou moins longtemps, sans modification appréciable de volume, avant l'emploi de ce moyen thérapeutique.

Une des indications déjà anciennes de la dilatation, ce sont les hémorrhagies en rapport avec l'existence de tumeurs fibreuses dans les parois de l'utérus, surtout quand ces hémorrhagies sont liées à un état congestif manifeste de l'appareil utéro-ovarien sans lésions accentuées de la muqueuse. En cas d'endométrite invétérée compliquant une tumeur fibreuse, la dilatation ne peut avoir que des effets hémostatiques temporaires, ainsi que l'un de nous l'a exposé dans un autre volume (1).

Enfin, nous avons souvent recours à la dilatation, spécialement à l'aide du dilatateur antéro-postérieur, en cas de dysménorrhée due à l'existence d'une antéflexion ou d'une rétroflexion, l'écartement des branches de cet instrument ayant pour effet de redresser l'axe utérin d'autant plus qu'on pousse plus loin la dilatation.

Nous n'aurions qu'à renvoyer nos lecteurs aux contre-indications déjà si souvent citées à propos des autres modes de traitement intra-utérins, si nous ne tenions à rappeler ici une exception à la règle habituelle, au point de vue de la grossesse. Bien que nous n'ayons nullement l'intention de discuter les indications de la dilatation, dans le cas de vomissements incoercibles, nous devons dire que l'un de nous a eu, plusieurs fois, recours à la méthode de Copman (en bornant, il est vrai la dilatation à l'orifice externe et aux deux premiers centimètres du canal cervical), avec un double succès, tant au point de vue de l'arrêt des vomissements qu'à celui de la continuation de la grossesse (J. Chéron).

Les moyens employés pour pratiquer la dilatation artificielle de l'utérus sont nombreux et forment quatre groupes principaux que nous allons passer en revue en discutant les avantages et les inconvénients de chacun d'eux. Ce sont :

(1) JULES BATTAUD. Les hémorrhagies dans le cas de tumeurs fibreuses de l'utérus ; l'endométrite, cause de ces hémorrhagies et leur traitement par le curettage, in-8° de 134 pages avec figures. Steinheil, Paris, 1891.

MÉMOIRES ORIGINAUX.

- a) La laminaire et l'éponge préparée ;
- b) Les dilateurs métalliques ;
- c) Les filières dilatatrices ;
- d) Les tampons (ouate ou gaze.)

a) *L'éponge à la ficelle* étant de moins en moins employée à raison de la longueur de sa préparation, de l'irrégularité, de l'infériorité de sa force dilatatrice comparée à celle de la laminaire, nous ne parlerons que de cette dernière.

Les tentes de laminaire (*laminaria digitata*) se présentent au commerce, — soit, sous la forme de bâtonnets cylindriques et soigneusement polis à leur surface, pleins ou percés à leur longueur, arrondis à une de leurs extrémités et munis à l'autre extrémité opposée, d'un fil qui en facilite l'extraction, l'état brut.

M. Bonnet (1) qui a fait une bonne étude comparative de deux sortes de laminaire adresse les reproches suivants aux tentes lisses, polies par les fabricants : La régularité de leur surface permet leur pénétration facile, mais, aussitôt introduites, elles tendent à sortir de l'utérus. Comme leur longueur n'est guère qu'entre 5 et 8 centimètres, si la tige est trop longue, elle viendra buter soit sur la cloison rectovaginale, soit sur le col de l'utérus en déterminant soit une ulcération soit même une hémorrhagie ; si elle est trop courte, elle pourra s'enclaver au-dessus de l'orifice interne, au point d'être très difficile à extraire. D'autre part, ces tiges, en se gonflant, se hérissent d'aspérités et de ramifications qui accrochent la muqueuse, pénètrent dans les replis de l'arbre-de-vie et rendent l'extraction de la tente très difficile.

Aussi M. Bonnet préfère-t-il les tiges brutes qu'il compare et prépare soi-même de la façon suivante :

« On choisit les tiges les plus dures et les plus lisses. Après avoir lavées et brossées, on les segmente en fragments de 5 à 6 centimètres et on les plonge dans une solution chaude de chlorure de sodium à 10/00.

« Quand elles ont acquis leur maximum de turgescence (de douze à vingt-quatre heures) on racle la surface de ces tiges avec une spatule.

(1) S. BONNET. *Bulletin et mémoires de la Soc. obst. et gyn.*, Janv.

présentent quelques inégalités (il y en a très peu dans ce cas.) Puis, lavage à l'eau bouillie, nouvelle immersion dans l'eau naphtolée, durant vingt-quatre heures, pour éliminer le sublimé, sous peine d'exposer les malades à des ulcérations caractéristiques du col ou du vagin et à de légers accidents de résorption. Ces accidents sont probablement dus à la concentration du sublimé par le fait de la dessiccation.

« Il ne reste plus qu'à retirer les tiges du bain naphtolé, à en arrondir les extrémités au bistouri et à les faire sécher incomplètement dans une étuve modérément chauffée ou un simple four de cuisine. Quand elles sont encore malléables, bien qu'à peu près totalement rétractées, on les plonge dans de l'éther naphtolé à 1 0/0 ou iodoformé à 5 % où elles finissent de se rétracter tout en conservant leur souplesse. On les conserve dans ce même liquide. Ainsi préparées, ces tentes ne flattent pas l'œil comme les tiges lisses et ne se dilatent peut-être pas aussi vite; mais elles se maintiennent bien en place, se dilatent en un cylindre très régulier, assurent, sans perforation centrale, l'écoulement des liquides, sont aussi faciles à introduire qu'à extraire et peuvent être taillées de la longueur voulue. Il est facile d'augmenter au besoin leur souplesse en les plongeant, durant quelques secondes, dans une solution antiseptique chaude. »

Les avantages de la dilatation à l'aide des lamineuses méritent d'être pris en considération. C'est un moyen de dilatation à la portée de tous les médecins, n'exigeant pas d'outillage spécial. Les lamineuses permettent d'obtenir de larges dilatations, bien régulières, portant à la fois sur le canal cervical et sur la cavité utérine. En même temps qu'elles dilatent, elles assouplissent le parenchyme utérin, ce qui peut être avantageux dans les flexions du corps de l'utérus et dans les métrites parenchymateuses dont la sclérose n'est pas encore trop avancée. Elles portent l'iodoforme dont elles sont imprégnées dans les replis étalés de l'arbre-de-vie, etc.

Mais les inconvénients (dont quelques-uns peuvent être évités, mais pas tous et pas toujours) ne sont pas moins sérieux que les avantages :

Ce mode de dilatation nécessite le séjour au lit, ce qui est une gêne qu'on est heureux de pouvoir éviter à certaines malades, quand la dilatation extemporanée peut suffire. Chez les personnes

nerveuses, la douleur, en dépit des mixtures à la cocaïne, est quelquefois très péniblement supportée, au point que des malades refusent de se soumettre à une série de dilatations de ce genre. On a vu, dans certains cas de déviations utérines avec amincissement d'une des parois, la laminaire créer des perforations graves. L'enclavement, au niveau de l'orifice interne, n'est pas exceptionnel et l'extraction de la laminaire devient très douloureuse. Chose plus grave encore ; si l'utérus est infecté, ce qui est souvent le cas, si l'iodoforme ne neutralise pas rigoureusement les sécrétions dont s'imbibent la tente dilatatrice, au moment où vous retirez la laminaire, vous faites une série de petites inoculations septiques pouvant entraîner des accidents plus ou moins sérieux. L'un de nous a interprété plusieurs fois de cette façon des soi-disant complications du curettage qui s'expliquaient bien plus logiquement par le mode de dilatation employé que par le curettage lui-même. (Batuaud.)

L'enclavement des laminaires dans le canal cervical peut être évité par l'emploi du fixateur de Courtin ou de tout appareil analogue.

Le fixateur de Courtin est un disque en caoutchouc mou, perforé à son centre pour recevoir l'extrémité externe de la laminaire et portant, à sa péripérie, une série de petits orifices destinés à laisser une issue facile aux sécrétions utérines. Si cet appareil est loin d'être parfait quand il est adapté aux drains utérins (nous verrons par quoi on peut le remplacer avantageusement comme fixe-drain), il serait injuste de ne pas reconnaître qu'il est suffisant dans le cas actuel.

Enfin, voici la formule de M. Lefour pour rendre indolore, autant que faire se peut, l'action des laminaires :

Iodoforme.....	10 grammes.
Cocaïne pure.....	5 grammes.
Ether sulfurique.....	85 grammes.

On plonge pendant huit jours les tiges de laminaire dans cette solution ; on ne les en retire qu'au moment d'en faire usage, en attendant, bien entendu, quelques instants pour laisser l'éther s'évaporer avant de les mettre en place.

b) Les dilateurs métalliques sont des instruments composés de deux, trois, quatre, etc., branches qu'on introduit fermées dans

le canal cervical et qu'on écarte plus ou ~~moins~~ rapidement, soit à l'aide d'une pression manuelle, soit à l'aide de la manœuvre d'un écrou courant sur un pas de vis, de façon à produire la dilatation extemporanée de l'utérus.

Les modèles de dilateurs imaginés par les gynécologues sont des plus nombreux, mais ils sont loin de présenter tous les mêmes commodités ou la même sécurité dans leur emploi.

Nous considérons que les anciens modèles, à manœuvres compliquées, à branches nombreuses, difficilement démontables, doivent être abandonnés désormais, en raison des nécessités de l'antisepsie. Nous rejetons d'autre part de notre arsenal les instruments dont l'écartement des branches s'obtient par une pression manuelle toujours difficile à graduer. C'est avec de semblables instruments qu'on a eu des perforations comme M. Auvaré en rapportait, l'année dernière, un exemple (1).

Aussi, après de nombreux essais comparatifs, nous sommes-nous arrêtés aux deux types suivants dont nous nous servons presque exclusivement :

1° Dilateur transversal du Dr Chéron : C'est un dilateur complètement métallique, facilement démontable, à deux branches juxtaposées parfaitement lisses, suffisamment résistantes, dont l'écartement s'obtient par la manœuvre d'un écrou sur un pas de vis très court, de façon à ne dilater que très progressivement et sans secousses. La courbure de l'appareil (il en existe trois courbures principales : à peine courbe, courbure moyenne, courbure forte) peut s'adapter à tous les cas. L'instrument dilate dans le sens transversal, c'est-à-dire de gauche à droite.

2° Dilateur antéro-postérieur du Dr Batuaud. Il est construit exactement suivant les mêmes principes ; mêmes branches lisses, démontables, même mode d'écartement ; mêmes courbures (petite, moyenne et forte), mais il est disposé de façon à agir dans le sens antéro-postérieur ; par conséquent ses deux branches sont superposées au lieu d'être juxtaposées. Il complète l'action du dilateur transversal, si bien qu'après la double dilatation, on obtient un canal parfaitement cylindrique et régulier. Mieux que le dilateur transversal, il déplisse l'utérus dans les cas de flexions,

(1) Voir, pour la discussion de ce cas, BATUAUD : Perforation de l'utérus avec la curette et avec les dilateurs métalliques. *Revue des maladies des femmes*, décembre 1894.

mais il n'est facilement introduit que quand le dilatateur transversal lui a préparé les voies.

Avec ces dilateurs, il n'y a pas à craindre de perforations utérines, pourvu qu'on suive la technique que nous exposons plus loin.

(A suivre.)

DE L'ELYTROTOMIE

dans le traitement des collections pelviennes

Par le Docteur VAUTRIN,

Professeur agrégé à la Faculté de Nancy.

(Communication faite à la Société de médecine de l'Est) (*Suite et fin*) (1).

—

Sur les neuf cas de suppurations pelviennes, il en est 6 qui remplissaient les conditions où je considère l'élytrotomie comme indiquée. Il s'agissait d'abcès rétro-utérins bien limités en rapport avec des lésions métritiques dans 4 cas, avec des salpingites dans 2 cas. Dans une de ces dernières observations, mon doigt rencontra une collection de la trompe gauche qui fut ouverte ; la guérison s'opéra rapidement. Dans ces 6 abcès rétro-utérins, je trouvai facilement le pus, l'évacuai en déchirant les cloisons qui divisent toujours ces cavités pelviennes, et je constatai que les parois étaient dures, comparables comme résistance au tissu osseux. Il me semblait que le bassin était coulé en plâtre. Après deux jours de drainage, la résistance de ces tissus avait déjà diminué et dans chacune des observations, je trouve noté ce fait, qu'après un écoulement abondant de liquide pendant les 3 premiers jours, les parties voisines de la cavité avaient à peu près retrouvé leur souplesse. Dans ces cas simples, la guérison se fit dans une moyenne de 12 jours.

J'entrepris de guérir par l'élytrotomie 3 suppurations rétro-utérines plus volumineuses et toutes trois en rapport avec des lésions bilatérales des trompes. L'incision et l'ouverture de ces cavités purulentes se firent très facilement, évacuant un pus abondant et infect. Mais je dus ouvrir dans un cas 4 poches se-

(1) Voir le n° de novembre 1895.

conduites, dont deux représentaient les trompes dilatées, ainsi que je pus m'en rendre compte par leur situation par rapport aux cornes utérines. Dans un autre cas, je dus intervenir de nouveau après quelques jours pour évacuer une collection placée sur le côté droit du fond de l'utérus à une très grande hauteur ; j'employai pour cela un trocart courbe, dont la manœuvre aveugle ne laissait pas de m'inquiéter. Ces 3 élytrotomies amenèrent la guérison dans deux cas, mais au bout d'un temps assez long, deux mois et deux mois et demi ; la troisième malade est sortie avec une fistule vaginale qui depuis neuf mois n'est pas encore fermée. Tout me fait supposer que cette fistule est en rapport avec une lésion de la trompe ; j'ai proposé à la patiente l'hystérectomie qu'elle a refusée parce que ses douleurs ont disparu et qu'elle se croit guérie. J'ai eu occasion de la revoir il y a trois semaines environ ; elle ressentait de nouveau des douleurs dans le ventre, des frissons, etc. L'écoulement par la fistule s'était arrêté ; je fis la dilatation du trajet fistuleux à la laminaire, et les accidents cessèrent.

Mes 6 observations d'hématocèle traitées par l'élytrotomie offrent également quelque intérêt ; je range parmi elles deux hématocèles résultant de grossesses tubaires rompues que j'ai observées cette année même et que je me réserve d'étudier ultérieurement d'une manière plus complète. Dans 3 cas, il s'agissait d'hématocèles anciennes peu volumineuses, douloureuses, dont l'une en voie de suppuration. L'évacuation fut facile et la guérison rapide. J'ouvris par l'élytrotomie une hématocèle plus importante, qui eût été accessible par la laparotomie ; elle datait de trois semaines environ, avait déjà diminué, mais je jugeai avantageux pour la malade de la délivrer d'une collection sanguine dont la résorption allait demander de longs mois. J'évacuai 380 gr. d'un liquide noir, sirupeux, sans caillots. Malgré une exploration attentive, je ne pus me rendre compte de la cause de l'hématocèle. La malade guérit complètement en 12 jours. Elle a conduit une grossesse à terme depuis cette opération.

En janvier dernier, je donnai des soins à une femme atteinte depuis quelques jours seulement de collection pelvienne, survenue après deux à trois mois environ d'arrêt des règles. L'utérus était augmenté de volume, le col un peu mou ; dans la fosse iliaque gauche on sentait une tuméfaction qui se perdait

dans le bassin. Je pensai à une grossesse extra-utérine rompue ainsi que semblaient l'indiquer les douleurs subites et l'apparition d'un épanchement dans le cul-de-sac de Douglas. Je fis l'élytrotomie postérieure et j'évacuai 150 gr. environ d'un liquide noir avec des caillots abondants. En explorant la cavité, je reconnus l'existence d'un diverticule se prolongeant dans la direction de la trompe gauche, où se trouvait une nouvelle cavité. Je crus pouvoir en inférer qu'il s'agissait d'une grossesse tubaire rompue mais un examen plus complet des caillots et des liquides ne fut pas pratiqué. La guérison s'effectua en 25 jours environ, après lesquels la malade put rentrer chez elle, n'ayant plus aucune tuméfaction perceptible dans le bassin.

Vers la fin du même mois de janvier, j'eus à traiter, au pensionnat de l'hôpital civil, une autre femme âgée de 40 ans, qui avait ressenti brusquement 15 jours auparavant une vive douleur dans le ventre, suivie de ballonnement, de vomissements, etc. Le médecin traitant réussit à enrayer une péritonite commençante et, quand l'état général fut meilleur, il m'adressa la malade. Celle-ci n'avait plus été réglée depuis 4 mois et demi, avait éprouvé depuis ce temps des malaises gastriques, quelques élancements dans les seins et des douleurs dans le ventre. Jamais elle n'avait été enceinte auparavant. On constatait au palper une tuméfaction remontant jusqu'à égale distance de l'ombilic et du pubis ; au toucher on trouvait un col un peu ramolli, entr'ouvert, une dilatation du cul-de-sac postérieur repoussé par une tumeur siégeant au-dessus de lui et derrière l'utérus ramené en avant. Je supposai une rupture de grossesse tubaire datant de 4 mois et demi, et j'agitai la question d'une laparotomie. Je me décidai cependant pour l'élytrotomie qui m'avait jusqu'alors donné de très bons résultats. Une des raisons qui influa le plus sur ma détermination, fut l'état de faiblesse et d'anémie de la malade, qui aurait difficilement supporté une opération de longue durée. Je fis l'élytrotomie, pénétrai aisément dans la cavité que je trouvai remplie de caillots énormes. Je me servis d'une cuillère à soupe pour retirer ces caillots, mais aussitôt le sang se mit à couler abondamment et je dus faire un tamponnement serré de la cavité avant d'avoir pu l'explorer. L'hémorragie s'arrêta et je fus assez heureux pour en conjurer le retour dans les premiers jours. La malade reprenait des forces, la

tumeur s'affaissait peu à peu et une suppuration de bonne nature m'indiquait un bourgeonnement actif dans la profondeur, lorsque le seizième jour après l'opération, sans aucune cause apparente, une hémorrhagie abondante se fit dans la poche. J'eus le temps d'arriver et de renouveler un tamponnement serré qui resta jusqu'au lendemain. Pendant 12 jours le tamponnement dut rester en place ; chaque fois que je le changeais, l'hémorrhagie réapparaissait avec violence. Enfin, 4 semaines après l'élytrotomie, le sang s'arrêta et la cavité se mit à se combler. Les débris du placenta et du fœtus furent expulsés par morceaux. La malade sortit guérie après deux mois et demi de traitement.

Les réflexions que suggèrent ces observations succinctes peuvent être résumées rapidement. L'élytrotomie est une excellente opération pour l'hématocèle enkystée, lorsque la source de l'hémorrhagie est décidément tarie ; elle peut être dangereuse au contraire, lorsqu'elle évacue le contenu d'une cavité où une nouvelle quantité de sang risque de s'épancher. Lorsqu'un épanchement de sang abondant se produit dans le pelvis et met les jours d'une malade en danger par son intensité, ce n'est donc pas à l'élytrotomie qu'il faut avoir recours, mais à la laparotomie. Au contraire, dans les hématocèles anciennes, l'élytrotomie est inoffensive, simple et de guérison facile. Lorsque la collection sanguine résulte d'une grossesse extra-utérine supposée, la laparotomie est encore préférable dans les premiers mois de la grossesse, elle devient formellement indiquée à partir du troisième ou du quatrième mois. Je tenterais peut-être encore l'élytrotomie à cause de sa bénignité dans les deux ou trois premiers mois, mais à coup sûr je n'exposerais plus une malade aux dangers des hémorrhagies primitives et secondaires, qui menacent les opérées par la voie vaginale à partir du quatrième mois.

Quant aux collections suppurées que j'ai traitées par l'élytrotomie postérieure, elles se réduisent sur 9 cas ou plutôt sur 11 cas, en ajoutant les 2 collections séro-purulentes que j'ai ouvertes, à 10 guérisons complètes et une guérison partielle avec persistance d'une fistule. Ces résultats sont incontestablement favorables, mais en étudiant les faits de plus près, on voit que, dans les 3 cas de suppurations pelviennes volumineuses, la guérison a été retardée deux fois et une autre fois elle a été incomplète. Il est légitime de conclure en faveur de la laparotomie dans ces conditions,

car seule cette opération permet d'atteindre les lésions pelviennes supérieures et d'extirper en entier les annexes malades, que l'élytrotomie laisse en place, comme un noyau inflammatoire pouvant entretenir des fistules. Si l'étendue des lésions pelviennes fait soupçonner de trop grandes difficultés par la laparotomie, mieux vaut choisir l'hystérectomie vaginale qui amène plus sûrement la guérison.

II

Si les collections pelviennes rétro-utérines sont les plus fréquentes, il en est d'autres qui ne sont pas moins importantes et souvent d'une thérapeutique plus délicate, je veux parler des collections anté-utérines et de celles qui siègent dans les ligaments larges. Je m'occuperai d'abord des *collections anté-utérines*. Elles comprennent aussi deux catégories distinctes : les collections sanguines et les collections suppurées.

L'*hématocèle anté-utérine* serait d'une grande rareté d'après les auteurs. Il est vrai que les observations en sont fort peu nombreuses ; cependant j'en ai observé 6 cas, ce qui me fait penser que ces lésions sont assez souvent méconnues ou bien que j'ai été exceptionnellement bien servi par le hasard. L'un de ces 6 cas est encore actuellement en traitement, je le passerai sous silence. La première observation date de 5 ans environ ; elle a trait à une hématocèle supra-utérine et anté-utérine, énorme collection qui remontait jusqu'à 5 centimètres de l'ombilic et qui s'étendait au-dessus des arcades de Fallope. Je ne rapporte ce cas que pour mémoire, car j'ai ouvert et drainé la collection par la laparotomie sous-péritonéale, que Houzel et Pozzi avaient recommandée en 1886. Le deuxième cas d'hématocèle anté-utérine fut observé chez une femme de la Maternité que mon excellent maître, M. le Professeur Herrgott, voulut bien me confier. Cette collection sanguine était aussi très volumineuse ; je l'ouvris et la drainai par la laparotomie médiane. Dans le troisième cas, il s'agissait d'une hématocèle de moyen volume, remplissant le cul-de-sac vésico-utérin, repoussant l'utérus en rétroversion complète et refoulant la vessie contre le pubis. Au moment où je traitai cette malade, la suppuration envahissait la poche. Je fis l'*élytrotomie antérieure* en octobre 1892. J'incisai dans le cul-de-sac antérieur du vagin,

sur la lèvre antérieure du col, je décollai la vessie de l'utérus jusqu'au cul-de-sac vésico-utérin que je perforai avec l'ongle. Je donnai issue à un liquide purulent mélangé de caillots sanguins. Avec le doigt j'explorai la cavité dont je pouvais facilement déprimer les parois par une pression au-dessus du pubis. Je ne remarquai rien à la partie antérieure de la poche, mais je ne pus atteindre ses limites postérieures. J'installai un drainage et au bout de vingt jours, la cicatrisation était parfaite.

En septembre 1894, j'eus l'occasion de traiter à l'hôpital une hématocele anté-utérine assez volumineuse, que je m'apprêtais à ouvrir par l'élytrotomie antérieure, lorsque la collection s'évacua par l'intestin. Cette malade a été revue à plusieurs reprises, soulagée, mais non guérie. Dans un cinquième cas, que j'observai il y a quelques mois, la malade refusa l'intervention.

Les phlegmons anté-utérins se rencontrent rarement ; ils sont dus à la suppuration d'hématocèles ou encore à la périmétrite. On observe ces lésions à la suite d'accouchements négligés, lorsque l'inflammation de la surface d'insertion placentaire gagne le revêtement péritonéal utérin et favorise l'éclosion d'une péritonite localisée. On voit aussi parfois les trompes enflammées contracter des adhérences en avant de l'utérus et même avec la vessie, ainsi que Terrillon en a cité des exemples.

Quoi qu'il en soit, les suppurations anté-utérines existent réellement ; elles ont leur allure, leurs dangers et leurs signes distinctifs. Elles se présentent généralement sous forme d'une tuméfaction perceptible par le cul-de-sac antérieur, douloureuse au toucher, en rapport avec l'utérus, la vessie et la paroi abdominale. Au-dessus du pubis, elles produisent un plastron plus ou moins élevé qui s'étend parfois très loin sur les côtés. Dans les cas simples, la collection reste comprise dans le cul-de-sac vésico-utérin entre les ligaments ronds et ne dépasse pas, sur les côtés, les orifices internes des canaux inguinaux, en haut la partie supérieure du pubis. Pour ces collections, l'élytrotomie me paraît éminemment recommandable ; faite avec précaution, elle n'expose à aucun danger et facilite le drainage. La laparotomie, au contraire, nécessiterait d'abord l'ouverture du péritoine, puis celle de la poche placée derrière la vessie, ce qui complique et aggrave les manœuvres.

Mais lorsque le phlegmon anté-utérin s'étend largement sur

les côtés et vers l'ombilic, il est plus rationnel de l'ouvrir directement par la laparotomie sous-péritonéale latérale. Toutefois le drainage installé dans ces conditions évacue difficilement les liquides et ne met qu'imparfaitement à l'abri des fusées secondaires vers le tissu cellulaire pelvien. Aussi a-t-on recours alors au drainage abdomino-vaginal, que l'on obtient en décollant la vessie de l'utérus et en faisant passer le drain de la région sus-pubienne dans le vagin. Garnett a employé ce mode de drainage avec succès. Munde, dans deux cas, perfora la vessie en voulant passer le drain assez violemment de haut en bas. Il est préférable, pour se mettre à l'abri de tels accidents, de procéder à l'élytrotomie antérieure par le vagin, d'ouvrir le cul-de-sac vésico-utérin à l'aide du doigt et de passer ensuite le drain. J'ai opéré par ce procédé une femme de 35 ans environ, atteinte depuis plusieurs mois d'un phlegmon anté-utérin qui s'étendait jusqu'à l'ombilic et s'était ouvert à ce niveau par deux orifices, d'où s'écoulait une suppuration très abondante. Sous l'influence de la septicémie chronique, cette pauvre femme était tombée dans une cachexie complète, les reins avaient subi la dégénérescence amyloïde. Néanmoins je consentis à opérer. Je fis une incision médiane sur la ligne blanche et tombai dans une vaste cavité cloisonnée, où le pus stagnait sans trouver libre issue. En plongeant le doigt vers la partie inférieure, je constatai que le point déclive occupait le cul-de-sac vésico-utérin. Le drainage debout me parut insuffisant pour assurer l'assèchement de la poche ; aussi je mis la malade dans la position de l'élytrotomie vaginale antérieure et je pratiquai rapidement cette opération qui n'offrit aucune difficulté. L'espace vésico-utérin ouvert, je passai un drain du vagin vers la plaie abdominale, je fis un lavage abondant de la cavité et j'appliquai un pansement. Les premiers jours, la malade parut reprendre des forces, mais l'œdème des jambes ne disparut pas et la cachexie continuant son œuvre, elle succomba 15 jours après l'opération.

L'élytrotomie antérieure constitue donc une excellente opération dans les collections anté-utérines peu volumineuses ; combinée à l'incision médiane ou à la laparotomie latérale, elle est indiquée dans bon nombre de collections étendues, que le simple drainage debout ne pourrait tarir facilement. Elle peut être comparée comme exécution et comme résultat à l'élytrotomie posté-

rieure, bien qu'elle présente certaines particularités dues à la séparation des deux organes intimement unis, la vessie et l'utérus. Je recommande, pour éviter l'ouverture de la vessie, de faire l'incision vaginale au point de réflexion du vagin sur le col, de saisir la lèvre de la plaie vaginale au-dessus, le col au-dessous par des pinces à griffes, et de décoller à l'aide du doigt progressivement au contact du tissu ferme de l'utérus. Lorsqu'on arrive au voisinage de la séreuse et par conséquent de la collection, le doigt rencontre une résistance compacte qu'il cherche à vaincre. A ce moment une sonde introduite dans la vessie indique au besoin que l'organe est hors d'atteinte, le doigt est poussé brusquement et la poche est ouverte.

Dès que le liquide s'est écoulé, la main gauche abaisse le plafond de la cavité en déprimant la paroi abdominale, tandis que le doigt scrute les irrégularités et les diverticules où la suppuration a pu s'engager. On se rend compte ainsi de la nécessité de pratiquer des contre-ouvertures sur la ligne médiane ou sur les parties latérales. Il peut arriver que la suppuration ait tendance à s'ouvrir dans la vessie, ce qui est rare, puisqu'on n'en possède que quatre ou cinq observations bien authentiques. L'élytrotomie, faite dans ces conditions, exposerait à une perforation presque inévitable, mais le danger de cet accident ne me paraît pas considérable, étant donné le drainage bien assuré de la cavité suppurante.

Un des principaux avantages de l'élytrotomie réside dans la rapidité de la guérison due au drainage bien déclive, et dans l'absence de cicatrice pouvant donner lieu dans la suite à l'éventration de complications observées si souvent après les laparotomies suivies de drainage. Je reconnais toutefois à la laparotomie l'avantage de mettre à jour, et de permettre d'enlever les lésions annexielles qui causent parfois les suppurations anté-utérines, mais il n'est pas impossible de les atteindre par l'élytrotomie antérieure qui ouvre une voie directe à l'exploration pelvienne. Si large que l'on fasse l'élytrotomie antérieure, on n'est pas exposé à une hémorrhagie inquiétante comme dans l'élytrotomie postérieure, car les vaisseaux, qui serpentent dans le tissu cellulaire d'union entre la vessie et l'utérus, sont de peu de volume et de maigre importance. L'incision dans le cul-de-sac antérieur du vagin ne peut nuire en aucune façon à la statistique de

MÉMOIRES ORIGINAUX.

l'utérus, tandis que l'incision en arrière du col expose à atteindre et à supprimer les ligaments utéro-sacrés. Pour ces diverses raisons, je me sens disposé à défendre chaudement l'élytrotomie postérieure comme voie d'accès dans les lésions du cul-de-sac vésico-utérin. J'ai même utilisé cette voie pour combattre les rétro-déviation utérines à l'instar de Dührsen et je n'ai eu qu'à m'applaudir.

Dès l'ouverture des collections anté-utérines, je crois nécessaire d'agir sur la matrice couchée dans le bassin, afin de lui rendre une position normale; pour cela il n'est rien de mieux à mon avis, que les manœuvres du massage utérin combinées à la libération progressive des adhérences à l'aide du doigt introduit. L'incision d'élytrotomie jusque sur le fond de l'utérus. On voit souvent alors l'organe se redresser comme s'il était mû par ressort.

Enfin, lorsqu'on a à traiter des collections plus compliquées comme l'hématocèle supra-utérine dont l'épanchement réside parfois en avant et en arrière de l'utérus, comme les suppurations post-puérpérales généralisées au péritoine pelvien avec envahissement des espaces anté et rétro-ligamentaires, il peut encore être préférable de recourir à l'élytrotomie. La laparotomie en effet, ne peut assurer l'évacuation continue du liquide intra-péritonéal dans la poche aussi bien que l'incision déclive. Je n'hésite pas, en pareille occurrence, à pratiquer à la fois l'élytrotomie postérieure et l'élytrotomie antérieure, bien que l'épreuve d'une semblable intervention n'ait pas encore été tentée. Chacune de ces interventions n'ayant aucune gravité spéciale ni aucune conséquence fâcheuse pour la statique et l'intégrité des fonctions utérines, je ne craindrais pas de les associer dans les suppurations du péritoine pelvien. Je me hâte d'ajouter que dans bien des cas la laparotomie médiane ou latérale suivie de drainage, a su guérir des pelvipéritonites suppurées très graves, mais en basant sur mon expérience de l'élytrotomie, je crois pouvoir affirmer que cette opération guérit plus vite et avec moins de risques opératoires. J'ai traité il y a trois mois par la laparotomie latérale, une pelvi-péritonite puerpérale développée autour d'un kyste dermoïde du côté droit. La malade me fut adressée six jours après l'accouchement, en proie à une septicémie intense avec des douleurs vives et une réaction péritonéale intense.

pratiquai la laparotomie sous-péritonéale au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure, parce que la tuméfaction me semblait se présenter de ce côté, et aussi parce que les douleurs avaient en ce point leur maximum d'acuité. Bien m'en prit, car je tombai dans une immense poche purulente s'étendant dans la plus grande partie du pelvis, en avant de l'utérus rétroversé, et contenant dans sa cavité un kyste dermoïde suppuré du volume du poing. J'extirpai le kyste, et me contentai de drainer la poche à l'aide de deux tubes juxtaposés. La guérison mit à s'opérer six grandes semaines, après lesquelles la malade rentra chez elle complètement guérie. Je regrettai à plusieurs reprises de n'avoir pas installé le drainage abdomino-vaginal en décollant la vessie de l'utérus ; j'aurais pu hâter ainsi l'oblitération de la poche suppurante.

Cette observation, ajoutée aux précédentes, m'a convaincu de la préférence à accorder à la laparotomie lorsque les collections pelviennes se portent au-dessus du pubis ou vers les fosses iliaques internes, et de l'efficacité de la laparotomie combinée à l'élytrotomie dans ces cas. Pour les collections incluses dans le pelvis sans saillie appréciable au-dessus des régions inguino-pubiennes, l'élytrotomie simple ou les élytrotomies antérieure et postérieure combinées, me paraissent plus avantageuses, moins dangereuses, plus sûrement et plus rapidement efficaces.

III

Il me reste à envisager les collections développées dans les ligaments larges. Ce sont des collections sanguines, kystiques ou suppurées. Le siège de ces lésions a été fortement discuté jusqu'à ces dernières années, mais grâce aux nombreuses interventions tentées contre elles depuis les récents et immenses progrès de la gynécologie, la question est bien près d'être éclaircie. Je n'insisterai pas sur les hématoécèles du ligament large, simples hématomes pour quelques-uns, auxquelles Gallard attribuait une si grande importance. Je n'ai jamais rencontré cette affection, mais je ne nie pas que ces hématomes, en se développant, puissent prendre peu à peu la forme, le siège et l'aspect de l'hématoécèle anté-utérine, comme le prétendent Gallard, Schröder, Boisleux, Surer. Il est incontestable que les collections nées

dans la partie supérieure des ligaments larges ont une grande tendance à se porter vers la face antérieure de l'utérus en refoulant plus ou moins le cul-de-sac vésico-utérin. Ce fait est surtout évident dans les collections suppurées, nées dans le voisinage des réseaux lymphatiques environnant les vaisseaux utéro-ovariens. Ces phlegmons interligamentaires sont de véritables adéno-lymphites qui, débutant au voisinage immédiat de l'utérus, se propagent en suivant les lymphatiques vers les ganglions lombaires. De là cette tendance souvent constatée du phlegmon interligamentaire à fuser vers les fosses iliaques. Si nous retenons ces deux faits utiles au point de vue thérapeutique : décollement vers la face postérieure et surtout antérieure de l'utérus, fusées vers la fosse iliaque, nous en concluons aisément qu'il sera possible d'atteindre le pus soit par l'élytrotomie, soit par la laparotomie sous-péritonéale. Chacune de ces interventions a ses indications propres ; chacune d'elles est à peu près sans danger, tandis que la laparotomie médiane expose directement à l'infection du péritoine. Je n'ai rencontré jusqu'ici qu'un seul cas de phlegmon supérieur du ligament large, et j'ai été sollicité par la disposition de la suppuration, par le siège des douleurs et la tuméfaction, à faire la laparotomie sous-péritonéale qui m'a conduit directement sur la collection. Ce fut une guérison rapide. S'il m'était donné d'observer une suppuration intraligamentaire située sur la face latérale de l'utérus, sans propagation vers les fosses iliaques, je tenterais assurément d'atteindre la collection par l'élytrotomie, sans ouvrir la séreuse péritonéale. Il suffirait, après l'incision, de décoller le tissu cellulaire au contact de l'utérus et jusqu'aux replis séreux, d'opérer ensuite un décollement secondaire vers le bord de l'organe jusqu'au phlegmon, en évitant toute violence qui pourrait amener la rupture des vaisseaux anastomosant les plexus utéro-ovariens avec les plexus environnant les artères utérines.

Les phlegmons se rencontrent encore à la base du ligament large, autour des lymphatiques venant du col utérin et se rendant aux ganglions pelviens. Ces suppurations plus limitées, plus aisées à reconnaître, sont aussi d'un accès plus facile. On les incise directement sur la saillie qu'elles déterminent dans les culs-de-sacs latéraux du vagin ; leur guérison n'offre en général aucune difficulté sérieuse.

J'ai opéré 8 de ces phlegmons par l'incision vaginale ; la guérison s'est toujours opérée en une ou deux semaines. 4 fois la suppuration s'étendait en arrière du col dans l'espace cellulaire rétro-cervical et dans un cas, l'induration inflammatoire avait même gagné la base du ligament large du côté opposé. Ces accidents de suppuration intraligamentaire sont fréquents chez les femmes de mon service, à la suite des inflammations du col utérin et de l'endomètre. J'ai remarqué que les indurations lymphagiques sont très communes chez ces malades surtout vers la base du ligament large ; parfois les 2 espaces cellulaires interligamentaires sont pris à la fois et l'utérus semble fixé sur les côtés par une gangue de tissus enflammés qui empêche toute mobilisation. Sous l'influence des injections antiseptiques, du curettage, et des lavages intra-utérins, la majorité de ces indurations se résoud et peu à peu disparaît.

On peut encore rencontrer dans les ligaments larges d'autres collections venant des trompes ou des ovaires. Il est rare que les salpingites se développent en dédoublant l'aileron correspondant du ligament large, mais le fait est connu, et Delbet le note en insistant sur les complications qu'il peut susciter au cours d'une laparotomie. Dans ces conditions, en effet, la décortication de la poche purulente est longue, pénible et périlleuse à cause des nombreux vaisseaux qui l'entourent. Au contraire, l'ouverture par l'élytrotomie est simple et sans péril. Toute l'importance réside dans le diagnostic ; or il n'est pas malaisé de reconnaître au toucher si une collection siège dans un ligament. En tout cas, une élytrotomie, exécutée pour une affection justiciable seulement de la laparotomie, n'aggrave pas le pronostic de cette dernière opération, elle peut même être utile au point de vue du drainage dans les cas difficiles. Ce matin même j'ai pratiqué chez une femme de 36 ans, qui me paraissait atteinte de phlegmon anté-utérin, une élytrotomie antérieure. Le cul-de-sac vésico-utérin ouvert, le doigt rencontra une masse dure et résistante que je reconnus aussitôt être un fibrome du fond de l'utérus. Sans désespérer, je fis la laparotomie, et je mis à découvert un fibrome adhérent de tous côtés avec une ovaro-salpingite gauche. Je fis la décortication, puis l'ablation totale de l'utérus, du fibrome, des trompes et des ovaires, sans m'inquiéter en aucune façon de l'élytrotomie que j'avais faite auparavant.

Les collections kystiques intraligamentaires sont le plus souvent d'origine ovarique. L'ovaire scléro-kystique, de même que l'ovaire suppuré et les tumeurs de cet organe, ont une propension marquée à se développer vers l'espace virtuel interligamentaire. La chose est souvent vérifiée au cours de l'ovariotomie. Pour les petites tumeurs ovariques il en est de même, et on ne compte plus aujourd'hui le nombre des dermoïdes, des kystes de petit volume, qui ont été enlevés par la voie vaginale. J'ai pratiqué il y a quelques mois, avec le D^r Frœlich, une laparotomie chez une malade qui depuis longtemps souffrait de douleurs dans le bas-ventre et surtout dans les cuisses. Le ligament large droit était dur, tuméfié, très sensible au toucher ; l'utérus était fixe. J'hésitai à faire l'élytrotomie parce que je n'étais pas sûr de trouver du liquide.

Je ne voulus pas non plus faire l'hystérectomie vaginale parce que les annexes gauches me paraissaient indemnes. Le ventre ouvert, j'eus une certaine peine à pénétrer à travers les anses d'intestin grêle adhérentes jusqu'au ligament large considérablement épaissi. Je séparai péniblement la face postérieure de ce ligament des anses intestinales voisines, mais je ne trouvai pas l'ovaire. Comme le ligament restait volumineux, je séparai ses deux feuillets et je trouvai entre eux l'ovaire kystique et suppuré ; je n'enlevai cet organe qu'avec peine. L'opération se termina par l'hystéropexie et par le drainage. La malade guérit, mais je l'avais soumise à un traumatisme considérable : je me représentai combien les choses eussent été plus simples par l'élytrotomie.

En résumé, je crois qu'en matière de collections pelviennes, il faut être éclectique. Si la laparotomie est recommandable dans les collections élevées, de grand volume, en rapport avec des lésions des trompes ou avec des grossesses extra-utérines, je pense que l'élytrotomie est non moins indiquée pour les collections basses, bien limitées, que l'on atteindrait difficilement par les voies supérieures. A la portée de tous les médecins en cas d'urgence, l'élytrotomie postérieure trouve des applications multiples. Quant à l'élytrotomie antérieure, elle a été jusqu'ici fort peu pratiquée, si tant est qu'elle ait déjà l'objet d'une description spéciale.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 14 novembre

OBSERVATION D'UNE AFFECTION PROBABLEMENT PARASITAIRE DE LA LANGUE CHEZ UN NOUVEAU-NÉ.

M. PORAK relate l'observation d'un enfant né avant terme, débile, pesant 1.850 grammes, qui présenta sur la langue, quatre jours après sa naissance, des plaques blanches exhaussées, s'enlevant facilement par le frottement et laissant, sous elles, la surface de la muqueuse lisse et rose.

Pendant les deux jours où on les observa, en l'absence de tout traitement donné à l'enfant, ces plaques restèrent fixes comme nombre et comme aspect. Une fois enlevées, elles ne se sont pas reproduites. L'examen microscopique a montré qu'elles contenaient des filaments de mycélium et des éléments d'une levure spéciale, qui a pu être cultivée, sans cellules épithéliales. L'examen comparatif de la bouche d'enfants du même âge a démontré que, chez ces derniers, cette levure n'existait pas.

LÉSIONS VASCULAIRES DE L'UTÉRUS DANS LA MÉTRITE.

MM. PICHEVIN et PETIT, dans l'hystérectomie vaginale pratiquée chez une femme qui, depuis plusieurs années, avait des métrorrhagies abondantes, ont constaté les lésions suivantes : La muqueuse utérine n'était pas fongueuse, les parois étaient épaissies. Au microscope, on constate une multiplication considérable des vaisseaux avec augmentation de leur calibre et épaissement de leurs tuniques. Le tissu périvasculaire était lui-même plus épais. Quant aux capillaires, ils étaient élargis, les lymphatiques augmentés de volume. Le maximum des lésions s'observait au niveau de la couche moyenne de l'utérus où on remarquait un épaissement du tissu conjonctif, la présence de faisceaux fibreux volumineux et la disparition partielle de la fibre musculaire.

A PROPOS DE LA PÉRITONITE POST-OPÉRATOIRE

M. PICHEVIN, dans un cas de péritonite survenue à la suite d'une hystérectomie vaginale, fit une laparotomie deux jours après l'opération et trouva une péritonite généralisée, une certaine quantité de pus dans le péritoine ; lavage, guérison.

Le pus péritonéal contenait exclusivement des staphylocoques blancs.

Voici les résultats des expériences qu'il vient de faire sur les animaux :

1° L'injection du pus péritonéal ou d'une culture pure de staphylocoques blancs, dans un bouillon étendu d'eau, ne produit pas de péritonite (Grawitz, Reichel, Orth, Waterhouse, Burjinsky, contrairement à Pawlosky).

2° L'injection de staphylocoques et de sang dans le cœlome donne naissance à une péritonite mortelle en quinze jours.

3° Si l'on gratte le péritoine, si on l'irrite avec de la térébenthine, l'injection de staphylocoques et de sang tue le lapin en cinq jours.

4° Toute lésion péritonéale un peu étendue ne détermine pas *fatalement* l'éclosion d'une péritonite, comme l'a dit Grawitz, si on injecte, dans la cavité péritonéale, du sang et des microbes pathogènes.

5° Les lésions péritonéales favorisent certainement le développement de la péritonite, mais elles ne semblent pas être indispensables à la genèse de l'infection péritonéale.

6° Le péritoine se défend mieux contre l'invasion des staphylocoques que ne le fait le tissu cellulaire (abcès de la paroi sans péritonite).

7° La virulence des staphylocoques s'accroît singulièrement par le passage successif sous la peau de deux cobayes et d'un lapin.

8° L'injection de ces staphylocoques à virulence très exaltée dans le cœlome produit une inflammation péritonéale.

9° L'injection du sang et de ces staphylocoques à virulence très exaltée dans le péritoine tue les animaux en moins de 20 heures. La péritonite est déjà intense, 4 heures après l'opération. Ces résultats confirment ceux de Burjinsky et expliquent peut-être les divergences signalées entre Grawitz et Pawlosky. Nos staphylocoques, provenant du pus péritonéal de notre malade, introduits

dans le coelome disparaissaient et étaient inoffensifs. Ces mêmes germes pathogènes, *après passages*, produisent une péritonite très manifeste.

10° Contrairement à ce que qu'avance Bumm, la péritonite post-opératoire est contagieuse ; elle peut être soit à staphylocoques, soit à streptocoques exclusivement, soit à microbes multiples et variés.

11° La gravité et la rapidité de l'infection et de la mort dépendent du milieu de culture, de l'étendue des lésions péritonéales et surtout du degré de virulence de germes pathogènes. Des staphylocoques, suivant leur virulence, peuvent tuer les animaux en 14 jours, en 5 jours, en moins de 20 heures.

Après avoir étudié la symptomatologie de la septicémie péritonéale post-opératoire, M. Pichevin conclut que le lavage péritonéal est une ressource suprême. On doit le faire rapidement, et faire passer dans le péritoine 20 litres d'eau salée ou d'eau boricuée.

M. Nitot a fait, en 1893, une laparotomie pour péritonite post-opératoire ; sa malade a guéri, mais depuis il a eu trois succès. Malgré tout, il est disposé, le cas échéant, à recourir de nouveau à l'ouverture et au lavage du péritoine.

M. Porak vient de cureter dans son service une femme atteinte de péritonite puerpérale, consécutive à la rétention d'un placenta fétide, l'avortement remontant à plusieurs jours. Dès le premier jour, la culture du sang révèle une grande quantité de streptocoques. Cela lui parut une contre-indication à la laparotomie et au lavage du péritoine. La femme succomba.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26 novembre.

DE LA « PUÉRICULTURE » INTRA-UTÉRINE.

M. PINARD. — J'avais remarqué depuis longtemps à la Clinique Baudelocque que les enfants les mieux portants étaient ceux des femmes qui, quelques jours avant leur accouchement, avaient été recueillies dans un des refuges consacrés aux femmes enceintes. J'ai cherché alors à me rendre exactement compte du fait en comparant le poids des enfants chez 500 femmes reposées et soi-

gnées soit au refuge, soit au dortoir de la Clinique, et le poids des enfants chez 500 femmes ayant travaillé jusqu'au moment de leur accouchement. Voici ce que j'ai constaté :

Le poids moyen des enfants des 500 femmes ayant travaillé jusqu'au moment de leur accouchement a été de 3,016 grammes ; celui des enfants des 500 femmes ayant demeuré au moins dix jours au refuge a été de 3,290 grammes, et celui des enfants des 500 femmes ayant séjourné au dortoir de la Clinique Baudelocque a été 3,366 grammes. On voit par ces chiffres que le poids moyen des enfants des femmes ayant travaillé jusqu'au moment de leur accouchement est le plus faible, ce qui s'explique aisément par le surmenage auquel la plupart de ces femmes sont soumises.

Quand à la différence qui existe entre le poids des enfants de mon dortoir et celui des enfants du refuge, il s'explique par ce fait que dans le dortoir les multipares sont en majorité, tandis qu'au contraire, au refuge, ce sont les primipares qui sont les plus nombreuses. Or on sait, notamment depuis les recherches de M. Tarnier, que le poids moyen des enfants est plus élevé chez les multipares que chez les primipares.

Ce n'est donc pas la différence de soins, mais la différence de situation qui explique la différence de poids.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 17 juillet 1895.

CURE RADICALE D'ÉVENTRATIONS.

M. GOULLIoud présente deux femmes, opérées par lui, pour des éventrations importantes, et restées sans récurrence, l'une depuis trois ans, l'autre depuis quatre ans.

La première (obs. V de son mémoire sur la prophylaxie et la cure de l'éventration opératoire, *Lyon méd.*, 1892) est une femme de soixante-sept ans, qui subit une ovariectomie en 1888 et eut, à la suite, une éventration considérable, qui s'accompagnait de renvois d'une sonorité très exceptionnelle, et d'une toux réflexe très pénible.

M. Goullioud dut réséquer le sac cloisonné par des poches secondaires et des adhérences épiploïques nombreuses. Une première suture des bords du sac, faite à mesure de la résection de

celui-ci, permit avec peine de réintégrer tout l'intestin dans la cavité péritonéale très réduite, mais ces bords cicatriciels auraient été impuissants à résister à la poussée intestinale. Aussi M. Goullioud fit-il, par-dessus, une suture plus solide, par son procédé ; une entaille longitudinale de l'aponévrose intérieure de la gaine des muscles droits, sur leur bord interne en un point rapproché des bords du sac, mais où l'aponévrose était bien distincte et solide, lui donna de chaque côté une lèvre aponévrotique interne et une lèvre aponévrotique externe. La suture des deux lèvres aponévroses avivées de la gaine des muscles droits par un fort surjet au catgut chromique avec points de renforcement, permit de reconstituer, à la place de l'éventration, une solide paroi abdominale qui, par suite de sa tension, formait une véritable sangle. Renvois et toux cessèrent dès lors.

La seconde malade (obs. IV du même mémoire) avait été envoyée à la Charité pour un prolapsus utérin irréductible, qui nécessitait une ventro-fixation. Pour donner à celle-ci un point d'appui solide, il fallut opérer d'abord une éventration de la ligne blanche consécutive à quatre grossesses. Ici, il n'était plus nécessaire de réséquer le sac, lisse et uni. Il fut donc simplement refoulé après exérèse facile d'ailleurs dans les cas de la couche cutanée. Le sac refoulé, une entaille longitudinale de chaque aponévrose antérieure de la gaine des muscles droits près de leur bord interne, donne deux lèvres aponévrotiques externes et internes. La suture des lèvres internes, par un premier surjet, constitua un premier plan qui maintenait l'éventration réduite. La suture par-dessus les lèvres aponévrotiques externes, c'est-à-dire la suture de l'aponévrose antérieure des gaines des muscles droits, avivée, forma le véritable soutien de la paroi abdominale reconstituée. A la partie inférieure, la cavité péritonéale fut ouverte de façon à comprendre la paroi antérieure de l'utérus dans la suture musculo-aponévrotique, selon le procédé d'hystéropexie de M. Laroyenne. Il y a un an, cette femme est accouchée à terme d'un gros enfant. L'accouchement a été normal et même prompt (une heure et demie). Bien qu'il s'agisse d'un de ces ventres flasques, et peu résistants, il n'y a récédive ni du prolapsus utérin, ni de l'éventration de la ligne blanche. Le résultat, datant de quatre ans, peut être considéré comme acquis.

SOCIÉTÉ ANGLAISE DE GYNÉCOLOGIE

CURETTAGE DE L'UTÉRUS.

La *Société gynécologique anglaise* a repris, dans sa dernière séance, la discussion du mémoire de M. Fancourt Barnes sur les difficultés du curettage.

M. BELLAMY GARDNER a vu pratiquer cinquante-sept fois l'opération par une douzaine de gynécologues en renom de deux grands hôpitaux de Londres. D'après ce qu'il a observé, le co n'est parfaitement maintenu que si l'on applique une valve su chaque lèvre, afin de bien égaliser la traction. La dilatation du col est facilitée par l'immersion des dilateurs dans de l'eau très chaude. Les meilleurs dilateurs sont les dilateurs métalliques creux, à section longitudinale en forme de coin.

Les curettes ovales allongées ou en cuiller sont plus avantageuses. Après le curettage, la cavité doit être frottée de phénol iodé, un crayon d'iodoforme sera introduit dans l'utérus et on tamponnera le vagin avec la gaze iodoformée. Les débris enlevés seront soigneusement examinés au microscope.

M. ROUTH a renoncé aux tentes d'éponge, mais il se trouve très bien des tentes de laminaire qu'il prépare et stérilise lui-même avec le plus grand soin. Si l'orifice du col est très étroit il attend la période menstruelle suivante pendant laquelle il y a toujours un certain degré de dilatation. Si le tissu utérin est induré, il le ramollit en introduisant au préalable des tampons de glycérine dans le vagin. Il ne recherche pas, d'ailleurs, une dilatation très considérable, car plus la dilatation est grande, plus sont grands les risques de perforation. Dans les cas de salpingite le curettage de l'utérus guérit souvent la maladie des annexes en sorte qu'on n'est pas obligé de les enlever plus tard.

Pour M. HEYWOOD SMITH, l'ongle ne peut servir de curette qu'en obstétrique ; dans les autres cas, la cavité est trop étroite pour que le doigt puisse être utile. On doit commencer la dilatation au moyen des tentes, on la complétant au besoin par les dilateurs gradués ; il y a ainsi moins de chances de perforation. Quand il existe des complications du côté des ligaments larges, il est plus sûr d'attendre, pour opérer, que l'inflammation ait rétrocedé.

M. MACNAUGHTON-JONES trouve que le débat n'apprend pas grand'chose de nouveau sur le curettage et qu'on a parlé surtout

de la dilatation de l'utérus. Il a depuis quinze ans employé la curette sans avoir jamais eu aucun accident. Il importe pour cela d'adopter les précautions rigoureuses d'antisepsie avant, pendant et après l'opération, d'assurer et de maintenir une dilatation suffisante du canal cervical, enfin de ne recourir à la curette que dans les cas particuliers qui la réclament. L'état inflammatoire du péritoine ou des annexes constitue une contre-indication absolue. Le meilleur moyen de dilater convenablement l'utérus est employer des tiges de laminaire de longueur et de grosseur suffisantes, aidées, au besoin et pour finir, des dilateurs utérins ; il est, en effet, souvent indispensable d'explorer la cavité utérine avec le doigt. L'exploration est impossible quand l'utérus est fixé et situé haut dans le bassin. La forme et les dimensions de la curette doivent varier suivant les cas ; habituellement on peut en employer d'assez larges sans inconvénient. L'acide chromique en solution plus ou moins concentrée est d'une excellente application après le curettage. Dans le cas d'endométrite suppurée, M. Jones ne manque jamais d'introduire dans l'utérus de la gaze iodoformée et d'en tamponner ensuite le vagin. Contrairement à la pratique ordinaire, il enlève le tampon de gaze au bout de quarante-huit heures, lave l'utérus avec une solution antiseptique et replace un nouveau rouleau de gaze qu'il change ensuite toutes les vingt-quatre heures après irrigation antiseptique préalable. Le danger des tentes provient de ce qu'elles restent trop longtemps dans l'utérus ; autrement la dilatation est relativement facile et sans danger. Si la curette perfore un utérus friable, si elle est employée au hasard, dans tous les cas, la mort peut survenir : c'est la faute de l'opérateur et non du curettage qui lui a donné de merveilleux résultats dans les cas d'endométrite suppurée, d'endométrite granuleuse et plastique, de tumeurs adénomateuses de l'endomètre.

M. BARTOCK croit qu'il est impossible de pratiquer le curettage sans dilatation préalable. Il laisse la tente en place jusqu'à ce qu'elle sorte presque sans effort, et pense qu'il est moins dangereux de la laisser quarante-huit heures que de la changer deux fois par jour. L'éponge préparée ne lui a pas donné d'accidents ; son action est douce et, dans l'endométrite fongueuse en particulier, les granulations s'introduisent dans les mailles de l'éponge et sortent avec elle quand on la retire.

M. FANCOURT BARNES croit pouvoir affirmer que ceux qui prétendent avoir pratiqué le curettage sans dilatation préalable n'ont jamais rien cureté du tout. Il constate avec plaisir que la plupart de ses collègues condamnent les tentes d'éponge, mais il regrette qu'on n'ait pas parlé davantage du drainage, car les cas les plus difficiles sont précisément ceux qui le réclament. Un crayon d'iodoforme lui paraît en remplir les indications mieux que la gaze iodoformée.

(Bull. méd.)

REVUE DE LA PRESSE

QUELQUES CAS D'AUTO-INFECTION PUERPÉRALE DUS A UNE AFFECTION SEPTIQUE PRÉEXISTANTE.

Il existe des cas d'infection puerpérale autochtone intéressants. Ainsi Cornil, cité par Vidal (1), rapporte une observation d'auto-inoculation de la streptococcie puerpérale par les germes de l'érysipèle.

Une femme enceinte, atteinte d'un érysipèle phlycténoïde à la cuisse, avorte et succombe à la suite d'une infection puerpérale survenue peu de temps après l'accouchement.

L'autopsie démontre l'existence d'abcès miliaires dans le foie, les reins et d'autres viscères.

L'examen microscopique et bactériologique de la sérosité phlycténulaire du pus des abcès et du sang veineux du cadavre révèle la présence d'un seul agent morbide dans tous ces tissus pathologiques. Nous voulons parler du streptococcus pyogenes.

Dans ces circonstances, l'infection streptococcique est franchement de nature érysipélateuse et mérite à la lettre le nom d'érysipèle interne proposé avec tant de raison par Winckel.

Après avoir montré les conséquences graves de l'érysipèle chez les accouchées, nous allons parler des inconvénients causés par l'existence du furoncle chez les parturientes.

Le Clerc (2) rapporte un cas d'infection autogène survenant chez une accouchée qui, au moment de la délivrance, avait 3 furoncles

(1) VIDAL. — *Sur l'infection puerpérale, la phlegmatia alba dolens et l'érysipèle*. Thèse de la Faculté de Médecine. Paris 1889.

(2) LE CLERC. — *Septicémie puerpérale causée par un furoncle d'une garde malade*, in *Norm. Méd.*, n° I. 1892, p. 228.

sur l'avant-bras gauche. Grâce à ce concours de circonstances défavorables cette personne a été atteinte de fièvre puerpérale.

Si nous admettons non seulement une septicémie puerpérale érysipélateuse autochtone, mais encore une infection autogène d'origine furonculaire, comment peut-on prouver que l'auto-infection a lieu par réinoculation des streptocoques qui, circulant dans le sang, viennent pulluler à la surface utérine ?

Chantemesse (*l'infection puerpérale*, Paris 1890) simule ce mode de contagion par une expérience de laboratoire facile à répéter : si l'on injecte dans l'oreille d'un lapin une petite quantité de streptocoques, on voit d'habitude l'animal guérir assez rapidement. Cependant si l'on produit artificiellement une forte entorse chez le sujet en expérience après l'inoculation, on trouve que l'articulation blessée présente de la rougeur, de la chaleur, puis se remplit d'une collection purulente farcie de streptocoques.

Il résulte de ces expériences qu'une femme ayant une affection septique locale *peut être exposée à l'infection autochtone après l'accouchement*, car on sait que les lésions de la matrice constituent la voie la plus généralement suivie par les germes pathogènes pour envahir l'économie.

Cependant on doit reconnaître que toute maladie infectieuse ne déterminera pas fatalement des accidents puerpéraux.

Voici un exemple probant tiré de notre pratique privée : l'épouse O., de Liège, ménagère, tertipare, illettrée, âgée alors de 44 ans, arrive au terme de sa dernière grossesse le 24 mai 1891.

Cette malheureuse, au moment de l'accouchement, présente un érysipèle chirurgical de la jambe droite.

Après avoir désinfecté nos mains et la plaie de la jambe de la parturiente avec une solution sublimée à 2 0/00, nous avons saupoudré la plaie d'iodoforme et recouvert le membre blessé d'un pansement à la gaze iodoformée recouverte d'ouate de Bruns.

L'accoucheuse, Mme *Sinnen-Philippet*, a été chargée de tous les soins de la toilette interne de la femme avec prière de ne pas toucher le membre endolori. L'enfant, du sexe masculin, bien portant et se présentant en O. I. G. A., est expulsé facilement.

L'épouse O... a échappé à un péril réel qu'elle ne soupçonnait guère. En effet, le peuple regarde « *la rose* » comme une affection bénigne curable par des *passes* originales.

Conclusion. — Chantemesse reconnaît comme cause de l'infection

puerpérale autogène la pullulation dans la cavité de la matrice de germes véhiculés par le sang et provenant d'accidents septiques pré-existants.

Dans la pratique, grâce à l'antisepsie, la réinoculation de streptocoques provenant de traumatismes situés en dehors de la sphère génitale et pouvant s'implanter à la face interne de l'utérus des accouchées ne se produit heureusement pas dans tous les cas observés.

(*Journ. d'Accouchement.*)

D^r LAMBINON.

DE LA COLITE PSEUDO-MEMBRANEUSE CHEZ LES UTÉRINES,

Par le D^r OZENNE, chirurgien-adjoint de Saint-Lazare.

Depuis quelques années on a publié, en France et à l'Etranger, divers travaux sur une variété d'entérite, ou plutôt de colite chronique, dont les caractères particuliers ont permis de la considérer comme une entité morbide bien définie, malgré les doutes qui subsistent encore sur son origine nerveuse ou inflammatoire.

Suivant l'aspect et la nature des produits sécrétés par l'intestin, on lui a appliqué différentes dénominations, parmi lesquelles nous relevons les suivantes : *Entérite ou colite glaireuse, sèche, glutineuse, pseudo-membraneuse*. Le terme de colite doit être préféré à celui d'entérite, car les lésions que caractérise une sécrétion abondante de mucus par les glandes ont pour siège le gros intestin.

De son histoire générale je ne m'occuperai pas aujourd'hui ; je ne veux vous en soumettre que deux observations, prouvant que l'affection, ainsi que vous avez dû parfois le noter, coïncide avec les maladies des organes génitaux de la femme.

L'un de ces faits, sur lequel je passerai rapidement, car je n'ai pu en suivre à loisir tous les détails, concerne une jeune femme de 25 ans, atteinte depuis plus de deux années de cette variété de colite. Mariée il y a trois ans, cette malade, de constitution arthritique et facilement impressionnable, avait dû subir, un an avant son mariage, un curettage pour une métrite hémorrhagique, qui n'avait cédé à aucun autre moyen thérapeutique. L'opération fut suivie de succès, et quelques mois plus tard la jeune fille se mariait.

Peu de temps après apparaissaient les premiers symptômes douloureux du ventre avec expulsion de selles glaireuses et de mucosités épaisses affectant la forme de rubans allongés. Ces accidents ont per-

sisté malgré différents traitements, e jour à Plombières ait apporté quelque et surtout dans l'état général qui avait core, de temps en temps, quelques l'expulsion de rubans pseudo-memb

On note en outre chez cette malade intestinale sans entéroptose, l'existence de plusieurs reprises, a donné lieu à des po

Je n'insisterai pas davantage sur les rapports de la métrite et de la colique, mais je donnerai lieu à une discussion critique. J'arrête ici l'observation plus probante.

L'année dernière, je voyais en consultation d'Ecouché, une femme de 26 ans, née en 1888, atteinte d'endométrite chronique avec flexion de l'utérus. Les ovaires et les trompes étaient sensibles ; c'est un point sur lequel j'ai insisté d'autant plus minutieusement que la malade avait eu de nombreuses reprises, des douleurs au niveau des

Bien que chez cette femme, jeune encore, il y avait à tenir compte d'un certain degré d'hyperesthésie accentuée qu'à l'état normal, j'avais à noter que les phénomènes douloureux pelviens ne s'accompagnaient que d'une légère lésion de voisinage ; et, de fait, la malade avait subi l'opération par un interrogatoire portant sur l'intestin.

En effet, pendant les premiers mois de sa maladie, les digestions étaient tout d'abord restées normales, les garde-robes étaient devenues irrégulières, la constipation s'était définitivement installée, et elle avait été traitée par des purgatifs.

C'est à cette époque que la malade avait commencé à souffrir de façon intermittente dans le bas-ventre, après une évacuation alvine qu'elle trouvait plus fortes, qu'elle avait rendu des garde-robes.

Pendant plusieurs mois les mêmes accidents se reproduisaient avec une fréquence et une intensité croissantes. Pendant ce temps, ces accidents avaient contribué

tations nerveuses, qui ne pouvaient être mises sur le compte de l'endométrite.

Les douleurs étaient intermittentes et paroxystiques ; tout en ayant leur summum d'intensité au niveau de la fosse iliaque gauche et de la cavité pelvienne, elles s'irradiaient constamment vers la partie supérieure du ventre en suivant le trajet des côlons.

Souvent elles se montraient plus violentes aux époques menstruelles, mais parfois elles apparaissaient, dans leur intervalle, presque toujours après une période de constipation, et elles ne disparaissaient qu'après une évacuation de l'intestin et l'expulsion de pseudo-membranes glaireuses, ou de peaux blanchâtres enroulées sur elles-mêmes. C'est à la suite de l'une de ces crises que la malade avait réclamé une intervention utérine, persuadée que l'inflammation de la matrice était la seule cause de ses souffrances.

En présence de ces lésions d'ordre différent, que j'avais déjà rencontrées chez plusieurs malades atteintes de métrosalpingo-ovarite sans me rendre compte exact des rapports qu'elles pouvaient avoir entre elles, il me sembla tout d'abord nécessaire de commencer le traitement par un curetage. L'opération fut suivie d'un bon résultat, et depuis dix-huit mois qu'elle a été faite, tout signe de métrite a disparu.

Quant à la colite pseudo-membraneuse, au sujet de laquelle la thérapeutique, en général, a varié au point qu'il est actuellement difficile de prescrire à coup sûr une médication efficace, je l'ai combattue par un régime en grande partie diététique.

Le lait coupé avec une eau minérale alcaline ou sous forme de potages et les substances alimentaires de digestion facile ont été tout d'abord utilisés. Tout purgatif a été proscrit et remplacé par des lavements laxatifs ; de plus, chaque jour, des injections intestinales ont été pratiquées avec une solution boriquée tiède.

Sous l'influence de ce traitement, auquel la malade ajoutait quotidiennement une friction sèche générale et quelques heures de promenade, les troubles intestinaux ont assez rapidement diminué. Dans les deux premiers mois il n'est survenu que quelques crises beaucoup moins douloureuses, l'excrétion pseudo-membraneuse s'est graduellement amoindrie, et, au mois de septembre dernier, la guérison paraissait définitive.

— L'idée de vous faire cette communication m'a été suggérée

par la lecture d'une note, que M. le Dr Eugène Monod (1) a publiée cette année, sur ce sujet, dans les *Annales de la Polyclinique de Bordeaux*.

Après avoir relaté six observations d'entérite pseudo-membraneuse coïncidant avec des lésions utérines (métrite et dysménorrhée pseudo-membraneuse), notre confrère estime, d'après ses souvenirs de clinique, que cette coïncidence des deux affections est plus fréquente qu'on ne le croit généralement, et il en déduit avec raison qu'il est important, au point de vue diagnostique et thérapeutique, de bien analyser les symptômes douloureux chez les utérines, pour être à même de les rapporter à leur véritable cause.

En ce qui concerne cette dernière le Dr Monod, tout en reconnaissant que chez les femmes névropathes, la constipation, d'origine mécanique (rétroflexion ou rétroversion utérines) ou de toute autre origine, joue un rôle prépondérant dans la production de l'entérite, émet cette opinion qu'il semble rationnel d'admettre parfois une propagation à l'intestin de l'inflammation utérine ou péri-utérine.

Quoi qu'il en soit de cette question de pathogénie, qui reste encore à l'étude, et quelque opinion que l'on ait sur les rapports des maladies utérines et de la colite pseudo-membraneuse, j'ai pensé que notre Société voudrait bien accueillir la relation des faits que je viens de rapporter.

(*Gazette de gynéc.*)

NOTE SUR UN CAS D'UTÉRUS DOUBLE AVEC BRIDE VAGINALE VERTICALE

Par M. Gabriel Roux (2).

Pendant notre séjour dans le service de M. le Dr Cénas, nous avons eu l'occasion d'observer un cas d'anomalie des organes génitaux de la femme. Cette question, qui intéresse les anatomistes et les accoucheurs, a été l'objet de nombreuses publications, mais un fait clinique est toujours intéressant quand il vient à l'appui des conceptions pathogéniques et embryologiques.

Eléonore P..., âgée de 22 ans, entre le 12 septembre 1893 dans le service de M. le Dr Cénas, pour une uréthrite avec des végétations et des ulcérations de la marge de l'anus.

(1) E. Monod : *De l'entérite pseudo-membraneuse en gynécologie*. (*Annales de la Polyclinique de Bordeaux*, mai 1893.)

(2) *Loire médicale*.

Réglée depuis l'âge de 12 ans ; les règles sont très abondantes, irrégulières, revenant seulement tous les trois mois, légèrement douloureuses au début et revenant quelquefois quelques jours après.

Examinée au spéculum, on voit au fond du vagin deux cols séparés par une bride verticale.

La bride proprement dite mesure un peu moins de trois centimètres de longueur et un demi-centimètre de largeur dans le point le plus resserré. De là elle s'étale à chaque extrémité en même temps qu'elle s'élargit considérablement et que le sillon médian s'accentue ; finalement elle se bifurque. Chaque bifurcation s'étale de plus en plus au point de former une membrane présentant quatre centimètres de large, sillonnée de plis radiés et qui va se perdre en arrière avec la paroi du cul-de-sac postérieur.

Le bord antérieur de chaque bifurcation, épais de trois millimètres en moyenne, se porte en arrière et va se confondre avec la bifurcation correspondante, partie de l'autre extrémité de la bride.

La disposition est en somme la même à chaque extrémité de la bride, mais l'étalement de l'extrémité postérieure occupe une surface plus étendue que celle de l'extrémité antérieure.

Schématiquement, la bride avec ses implantations rappelle la disposition de lunettes de cantonnier qui seraient accolées l'une à l'autre.

L'espace libre qu'occuperait le verre laisse voir toute l'extrémité du col à gauche, la moitié seulement de sa partie externe à droite.

Le plan d'un orifice utérin forme, avec celui du côté opposé, un angle dièdre ouvert en haut. Quant aux expansions, elles se confondent avec les parois correspondantes des culs-de-sac antérieur latéraux et postérieur : tandis que la bride est très large en avant et en arrière, elle est au contraire très courte, haute de 1 millimètre seulement au niveau du cul-de-sac antérieur. La bride elle-même forme comme une sangle chargée de suspendre les deux cols.

Elle est adhérente à eux, appliquée dans le sillon de séparation des deux cols ; on essaye en vain de passer l'hystéromètre sur sa face postérieure. Elle cache la plus grande partie du col droit. Pour voir l'orifice de ce dernier, on est obligé de tordre la bride sur le côté gauche.

Les cols ne sont pas complètement adhérents, un mince sillon les sépare en avant. Le col gauche s'avance à un centimètre plus bas que le col droit, leur diamètre est de deux centimètres seulement.

Il est impossible d'enfoncer l'hystéromètre à plus d'un centimètre à droite comme à gauche.

Au toucher vaginal, on trouve des culs-de-sac extrêmement libres. La palpation abdominale révèle le petit volume de l'utérus.

La littérature anatomique renferme déjà un certain nombre de cas bien constatés d'utérus double, et pour ne parler que des plus connus, nous citerons ceux de Lefort, Courty, Ollivier, Eisenmann et Hergott. De même pour les cloisons du vagin depuis le double vagin absolument complet et les brides vaginales associées aux anomalies utérines jusqu'aux cloisonnements du vagin simple.

Dans ce dernier cas, on distingue les brides vaginales en verticales profondes, ayant la même origine que les malformations utérines ; et en verticales superficielles (de Sinéty, *Annales de Gynécologie*, 1882), ayant pour point d'attache le tubercule du vagin, ou dues à une anomalie ou rupture incomplète de l'hymen ; en transversales. Soller (*Lyon médical*), 1882) a décrit une valvule implantée sur la face postéro-supérieure du vagin, et Repiquet (*Bulletin de la Société d'Agriculture de la Loire*) a décrit chez la vache une bride transversale congénitale et la donne comme cause de stérilité.

Mais les deux dernières variétés reconnaissent pour origine un arrêt dans le développement du segment moyen ou inférieur du conduit uro-génital, c'est-à-dire la dépression vulvaire et la résorption de la cloison recto-vaginale. Aussi ne nous en occuperons-nous pas.

Cette duplicité de l'utérus est plus apparente que réelle et résulte d'un arrêt de développement et non d'une superfétation.

Le conduit utéro-vaginal est formé aux dépens du cordon génital, et, dans ce dernier, composé des conduits de Wolff et de Muller, ceux-ci occupent le milieu accolés l'un à l'autre. Ils se soudent dans la partie moyenne de leur segment terminal et si on les suit en commençant par en bas, on les voit séparés et distincts, puis un peu plus haut, réunis, puis plus haut séparés de nouveau, enfin leur soudure s'achève dans leur partie terminale et ils sont confondus dans toute leur partie inférieure qui forme l'utérus et le vagin.

Cependant, malgré leur réunion apparente, les deux cavités persistent, séparées par une cloison antéro-postérieure, qui est le plan de soudure des deux tubes primitifs, et comme la résorption se fait de bas en haut, l'organe médian et double devient une cavité unique.

Mais pour des raisons peu connues, le processus formateur peut s'arrêter à un stade quelconque et on aura les malformations qui

varieront morphologiquement, suivant le moment de la perturbation.

Tout à fait au début on aura deux vagins et deux utérus, un peu plus tard un vagin cloisonné et deux utérus ou un vagin unique et utérus double, enfin un seul vagin et un seul utérus, mais dont les extrémités supérieures sont restées indépendantes : utérus bicorne.

Notre observation rentre donc dans la deuxième catégorie, et cette anomalie est donc formée aux dépens des canaux de Muller, la bride étant le dernier vestige de la cloison séparant les deux tubes primitifs.

Du reste, toutes ces anomalies, qui ne sont que des formes embryonnaires qui ont persisté, se rencontrent comme type constant dans la série animale. Chez les marsupiaux on trouve deux utérus et deux vagins, chez les lapins et les écureuils deux utérus et un seul vagin.

Enfin, au point de vue physiologique, ces deux utérus ont leurs fonctions absolument distinctes ; ils peuvent, si leur conduit est perméable, recevoir et porter chacun le produit de conception et la fluxion utéro-ovarienne menstruelle peut être distincte dans les deux systèmes, aussi les règles peuvent revenir quelques jours après leur cessation, provenant d'un second utérus. Cette particularité est déjà indiquée dans l'observation d'Hergott et avait attiré l'attention de notre malade.

SUR LA DOULEUR INTERMENSTRUELLE.

Nous avons attiré l'attention sur les faits curieux de douleur périodique intermenstruelle et en particulier sur une observation très intéressante de M. le Dr Sorel (de Villers-Bretonneux), sur ce sujet. Cette observation, poursuivie pendant près de 10 ans, depuis cette époque vient d'être complétée par M. Sorel dans la *Gazette médicale de Picardie*. Il s'agissait d'une douleur prenant très subitement dans le bas-ventre, d'un côté ou de l'autre, se propageant ensuite à tout l'hypogastre, avec lourdeur dans les reins, pesanteur au périnée, ne s'exagérant pas par la pression, donnant lieu à des nausées et quelquefois assez vive pour empêcher la station debout, enfin se produisant à une époque à peu près fixe avant les règles.

Dans ce cas particulier, cette douleur avait lieu onze jours à peu près après les règles, et surtout 14 jours environ avant les suivantes.

M. Sorel a noté, comme il y a neuf ans, les dates des règles, de la douleur, et il a vu que pendant quatre années (de 1880 à 1884) les faits se sont reproduits comme pendant les dix années précédentes.

A ce moment la personne qui fait l'objet de cette observation arri-

vant à l'âge de 44 ans, les menstrues et l'intervalle entre la douleur a depuis 18 mois que les règles ne s'agit a elle-même cessé d'exister quelques sensations ont souvent été bouffées de chaleur intense.

A part ces bouffées de chaleur et plus fortes migraines, la personne

Cette douleur était donc bien l'comme M. Sorel le supposait il y pensait l'auteur anglais qui avait le *medical Journal*, en janvier 1872

Cette observation, qui a été si intéressante à plusieurs points de ces phénomènes peut renseigner gnostique ; quand on est appelé chez dans le bas-ventre ayant ces caractères à ce genre d'indisposition et se o le repos horizontal et attendre ; et y est sujette, elle arrive à prévoir c être atteinte. Enfin, quand le cas une femme peut avoir de grandes les règles viendront, ce qui a aussi femmes et pour certains états ma

(Jou

TUBERCULOSE PÉRITONÉALE D'OR

GUÉRISON. — COM

Par M. le professeur agrégé Emille
e Ginec

Un fait clinique de plus, ce n'est d'interventions chirurgicales heure sont maintenant fort nombreuses classiques.

Pourquoi guérit-on la péritonite Pourquoi l'exposition pure et si elle suffisante pour amener peu

tuberculeux disséminés sur la grande séreuse ?... On ne le sait pas encore d'une façon bien nette ; le fait existe, c'est suffisant.

Le nouveau cas de notre confrère italien est une unité de plus à ajouter à la série. Il s'agit d'une femme de 30 ans, bien portante, ayant eu deux enfants dans de bonnes conditions, et normalement développée. Depuis un an ses règles sont abondantes et irrégulières ; on la curette vainement ; la maigreur et les douleurs abdominales s'accroissent avec fièvre hectique et sueurs ; l'abdomen augmente de volume et 5 ponctions sont pratiquées. Rien ailleurs d'anormal.

Le diagnostic de péritonite tuberculeuse d'origine génitale s'impose, et, probablement, le curettage avait aidé à la diffusion du processus ; il n'y avait dès lors qu'à tenter les chances d'une laparotomie. Le ventre fut donc ouvert et l'on constata sur les organes abdominaux une nuée de tubercules miliaires grisâtres disséminés. Un mois après, les règles étaient revenues normales et la malade était guérie... du moins en apparence. Cet état n'a fait que se maintenir ; mais pourtant, un an après l'opération, à la suite d'excès de danse, il survint des symptômes d'étranglement intestinal qui enlevèrent la malade.

Lawerstein a pu dire que la sécheresse et la lumière étaient fatales au bacille de la tuberculose, d'où l'utilité de la laparotomie qui vide la cavité et expose la séreuse à la lumière.

Cameron en attribue les bénéfices à l'expulsion des ptomaïnes sécrétées par les bacilles et accumulées dans le liquide ascitique, lequel, réabsorbé, aurait pu porter l'infection dans les autres organes.

Wan de Warker émet la théorie que les tubercules produisent un processus inflammatoire sur le péritoine qui devient ainsi un milieu de culture pour les bacilles, et que, en combattant l'inflammation, on favorise l'action régressive de l'infection spécifique.

Vierordt croit que l'issue du liquide enlève un obstacle à la fonction circulatoire et respiratoire qui détruit ainsi l'effet paralysant du péritoine enflammé sur la musculature de l'intestin qui était cause d'auto-intoxication par rétention des fèces.

D'autres, et c'est le plus grand nombre, s'accordent à reconnaître que la laparotomie favorise simplement un processus régressif et la dégénérescence fibreuse du tubercule, et que les adhérences mêmes qui se forment dans le péritoine après l'opération peuvent avoir un certain rôle dans cette sclérose périgranulaire.

Pour Kiscensky, et d'après de nombreuses expériences, la guérison est un fait de pure phagocytose.

Pour l'auteur, enfin, il est hors de doute que l'évacuation du liquide produit sur la séreuse une hyperhémie *ex vacuo* qui, dans les conditions anormales de l'épithélium péritonéal, provoque une phlogose et, par là même, le processus de phagocytose et de sclérose périgranulaire, à la suite de laquelle s'arrête l'évolution tuberculeuse.

C'est peut-être un peu obscur, et, pour nous, nous préférons avouer que la science n'a pas encore donné une explication satisfaisante de cet étrange phénomène, et que de nouvelles expériences sont à faire pour élucider ce point curieux de la pathologie chirurgicale.

DU TRAITEMENT INTRA-UTÉRIN DES COLLECTIONS TUBAIRES,

Par M. A. TANGUY. Th. 1894 (Henri Jouve).

Un certain nombre de collections tubaires peuvent être évacuées et guéries par le traitement intra-utérin : dilatation et drainage.

La méthode ne réussit pas quand il y a oblitération complète du segment interne de la trompe ; si la trompe présente une série de rétrécissements et de bosselures ; des coudures brusques qui gênent l'évacuation du contenu.

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT CONSERVATEUR DANS LES CAS D'OVARO-SALPINGITE. (Ignipuncture, traitement de Martin),

Par M. EMILE RAQUIN. Th. 1894 (Henri Jouve).

L'ignipuncture paraît donner de bons résultats dans l'ovarite diffuse et dans la dégénérescence sclérokystique de l'ovaire. Il faut que la trompe soit perméable pour songer à cette intervention.

VARIÉTÉS

LES ACCOUCHEMENTS DES FEMMES EUROPÉENNES AU CONGO, par le docteur E. RYTTER, médecin de l'Etat à Boma. — Voici, très succinctement rapportées, quelques observations que j'ai faites, les deux dernières années de mon séjour en Afrique (1893-95), sur la question : grossesse, accouchements et élevage des enfants chez les femmes européennes, dans le Bas-Congo.

Quatre femmes d'Européens, dont deux primipares et deux pluri-pares ayant toutes un an à deux ans de séjour dans le Bas-Congo, ont

VARIÉTÉS.

eu : une période de grossesse normale, sans souffrances ni d'avortement ; un accouchement facile, parfaitement à termi suites de couches absolument normales et sans fièvre.

Il va sans dire que les soins hygiéniques et les précautions sepsie usuels en pareils cas, n'ont pas été négligés.

Toutes avaient eu auparavant déjà des fièvres légères, m ture malarienne : caractérisées par l'absence d'intermittence d'anémie, de coloration spéciale des tissus, et par un retour la santé, grâce à un traitement purement diététique.

Les enfants, bien constitués et de poids normal, ont é sans inconvénient, par l'allaitement artificiel : lait conserv (Swiss Condensed Milk) ou le lait de chèvre. Le lait mater assez rapidement, mais sans souffrance ou fièvre.

Un de ces enfants a séjourné à Boma, vingt-deux mois naissance, s'est toujours bien porté et a fait une partie de sa sans aucun trouble sérieux et presque sans qu'il y eût doule tion nerveuse.

La mère de cet enfant était de nouveau enceinte de prè mois, lorsqu'elle est rentrée en Europe, après un séjour de c au Congo, entreprenant, dans cette position, un voyage de tr de mers sans crainte, et le faisant sans inconvénient.

L'accouchement, normal du reste, eut lieu dix-huit jours rentrée en Belgique.

— De ce qui précède, je me permets de conclure que da où les sujets ne sont pas impaludés (ou le seraient très peu te des bonnes conditions hygiéniques dans lesquelles ils se la grossesse, l'accouchement, les suites de couches et l'é nouveau-nés évoluent normalement comme en Europe.

Dans les quatre cas cités, les deux pluripares ont spontané claré qu'elles avaient souffert : avant et après leurs couch en Afrique qu'en Europe.

(*La Clinique.*)

PRÉJUGÉS OBSTÉTRICAUX. — Dans une statistique des accou qu'il a pratiqués à l'hôpital de Honfleur, M. le D^r E. Ma allusion à un certain nombre de préjugés obstétricaux bizarres, qui ont cours encore en Normandie, à l'heure actu ainsi que notre confrère a dû se résigner, pendant quelques sous peine de compromettre presque sûrement sa situation

tre les parturientes sur une pailleasse posé
ment aux courants d'air. Ce n'est que
les femmes à accoucher sur un lit.

Un autre préjugé, désastreux celui-
accoucher, employer des draps et du lin
propre, disait-on, déterminait des pertes
faute d'apporter des draps sales. Là où
fallait que des draps échangés ; les draps
ne valaient rien.

La lune garde encore parmi ces popula
né influence. Pour savoir le jour et mêm
accoucher, on consulte les phases de ce s
aussi pour avoir une influence sur le sex

Ce n'est pas tout. Les matrones de ces
inspection du cordon le médecin peut p
que la femme aura encore.

Les filles viennent, dit-on, la face en
arrière, ou, pour parler le langage du c
garçons sur le ventre.

Dans la chambre de l'accouchée, il ne
lumières ; cela porte malheur.

Tous ces préjugés, ajoute notre confrè
diminuent de jour en jour, mais ils son
dureront longtemps encore ; pour certa
de foi.

M. Massart termine son travail par
dont il aurait douté, dit-il, s'il n'en ava
la résistance de certaines femmes en ma

Pendant le grand hiver de 1880, une
née à l'hôpital de Honfleur avec deux n
une mauvaise couverture qu'on lui avi
bonde, qui avait accouché *la nuit précé*
bestiaux. Elle s'était délivrée seule, et,
pied, avec ses deux nouveau-nés, un u
pour arriver à l'hôpital de Honfleur. Un
en parfait état avec ses deux enfants bie

(L'Ec

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

134. — Injections de sérum artificiel en obstétrique.

— M. AUDEBERT. J'ai employé les injections de sérum artificiel :

1° Après les hémorrhagies graves, pendant ou après l'accouchement ou l'avortement ;

2° Chez les éclamptiques ;

3° Chez les femmes atteintes d'auto-intoxications de forme, d'origine et de gravité variables et à symptômes très divers : vomissements, petits accidents du brightisme, etc.

Les résultats ont été excessivement satisfaisants ;

4° Chez les nouveau-nés, prématurés, débiles ou athrepsiés ; les résultats ont été assez bons chez les prématurés, nuls chez les enfants athrepsiés.

Je me sers d'un appareil que voici : il est entièrement en verre et par conséquent d'une asepsie très facile ; l'écoulement est obtenu par la pression atmosphérique.

J'injecte une quantité de sérum qui varie de 300 à 1.000 c. c. chez les adultes, de 10 à 30 c. c. chez les enfants ; de préférence dans les flancs ou le sillon rétro-trochantérien.

Je n'ai jamais eu d'accidents, seulement un peu de douleur, un peu d'excitation cérébrale et une légère élévation de température (1/2 degré environ).

M. Cordes, de Genève, dit que ces injections agissent non seulement en augmentant la masse totale du sang, mais aussi en facilitant l'hématose.

M. Tarnier est d'avis que l'emploi du sérum artificiel est d'un grand avantage après les fortes hémorrhagies, mais ses avantages sont peut-être encore un peu douteux dans le traitement de l'éclampsie.

M. Audebert emploie toujours la même pression. M. Lefour croit, au contraire, que la hauteur de l'appareil doit varier, suivant la tension intra-vasculaire du sujet. Il se sert du flacon de Mariotte avec lequel la pression reste toujours la même pendant toute la durée de l'écoulement du liquide.



5. — De l'intervention par
certains cas d'atrésie acqui
 zch, doyen de la Faculté de médecine
 ses du vagin succèdent d'ordinaire
 euses. Aussi s'accompagnent-elles s
 s étendues, qui englobent plus ou
 t des difficultés au chirurgien dans
 arrivé que des opérateurs, en che
 , aient pénétré dans la vessie ou de
 Heydenreich est d'avis que, dans c
 rétro-vaginale la collection de sang
 atrésie. En incisant la paroi postéri
 u de l'atrésie, en décollant ensuit
 e le vagin, on arrive jusqu'à la colle
 peuvent être facilitées par l'introdu
 On parvient ainsi à ouvrir la colle
 est facile ultérieurement, en pass
 d'empêcher celle-ci de se rétrécir e
 'appui de son opinion, M. Heydenre
 e de 36 ans, qui, à la suite d'un a
 une atrésie complète du vagin. Il
 ont la limite inférieure se trouvait
 où l'on constatait l'atrésie. L'ope
 précédemment indiqué, donna issu
 liquide, de couleur brune. L'ouver
 ertaine tendance à se rétrécir, des
 introduites.

pération a été facile et très simple
 arrive à la conclusion que l'interve
 permet d'arriver avec sûreté et d'ur
 lection que l'on se propose d'ouvri
 atrésie acquise du vagin, c'est la m



6. — Du traitement des de
accouchées. — Les sensations d
 , par suite des érosions superficiel
 s molles, la femme qui vient d'acce
 t d'aucuns soins spéciaux de la par

soient souvent fort pénibles et assez persistantes. Or, le Dr T. Ridgway Barker (de Philadelphie) a trouvé qu'on peut calmer facilement ces douleurs par l'application de compresses chaudes, moyen simple et anodin que notre confrère ne manque pas d'employer chez toutes les nouvelles accouchées aussitôt après la délivrance.

Dans ce but, il se sert d'une compresse large de 6 et longue de 9 centimètres, qu'on trempe dans de l'eau très chaude additionnée de 50 à 60 grammes d'extrait fluide d'hamamelis par litre ; on l'exprime, puis on l'applique sur la vulve et on recouvre d'une étoffe imperméable. Il va sans dire qu'il faut avoir soin que la compresse, tout en étant aussi chaude que possible, ne puisse pas provoquer de brûlures.

Ces compresses doivent être renouvelées tous les quarts d'heure pendant les trois premières heures qui suivent la délivrance, puis toutes les trente minutes pendant les six heures suivantes, et, enfin, à des intervalles de plus en plus espacés. (*Semaine médicale.*)

* * *

137. — Nouvelle thérapeutique médicale des fibromes utérins, par le Dr JOURN. — Conclusions :

La méthode de Brown-Séquard, qui repose sur la notion physiologique très vraie des sécrétions internes de certaines glandes, est loin d'avoir en thérapeutique, dit son dernier mot.

Après l'exagération des adeptes qui croyaient trouver dans cette méthode une panacée pour tous les maux, nous avons eu une réaction salutaire et dont il faut savoir tenir compte.

Mais la méthode reste, et fait tous les jours des conquêtes appréciables.

Avons-nous, heureusement servi par le hasard, eu le bonheur d'en trouver une application bien imprévue dans la thérapeutique d'une affection qui, jusqu'à présent, échappait à toute médication interne ? Nous osons l'espérer, bien que nos cas ne soient pas assez nombreux pour nous permettre de l'affirmer d'une façon absolue et définitive.

* * *

138. — Traitement nouveau de l'éclampsie. — Mc. ALLISTER ayant constaté chez les éclamptiques la rapidité et la force du pouls, a songé à donner aux malades atteints d'éclampsie l'ellébore vert qui diminue d'abord la force du pouls et puis le rend très lent, mou et dépressible.

Trois minutes après l'injection sous-cutanée d'une dose ordinaire

FORMULAIRE.

ture d'ellébore, le pouls tombe de 144 à 72 pulsations. L'auteur prescrit 15 *gouttes* de teinture dans du whisky. Souvent une seule suffit pour couper les accès. Parfois le retour des convulsions épileptiques vous oblige à renouveler le traitement.

Il faut que DAVIS (de Montevallo) injecte en une fois aux éclampsiques 25 à 30 gouttes de teinture d'ellébore. Il a eu beaucoup à se louer de cette médication.

AVIS a traité dix femmes éclamptiques par l'ellébore et elles ont guéri.

Les inconvénients des doses élevées de ce produit spécial sont les vomissements et un état voisin du collapsus. Si ce dernier signe apparaît, on ne pourrait évidemment songer un seul instant à l'usage des doses de morphine tant vantées en Allemagne contre l'éclampsie. L'ellébore vert, dont l'action est due à la jervine et à certaines de ses alcaloïdes, a été utilisée autrefois comme déprimant cardiaque dans le cours des affections inflammatoires ; toutefois, cet usage ne s'est pas généralisé.

FORMULAIRE

Lavage de la cavité utérine après le curettage. (JULES CHÉRON.)

Après le curettage, les lavages de la cavité utérine présentent de nombreux avantages. Immédiatement après l'opération, ils ont pour but d'évacuer les débris de muqueuse que la curette n'a pas ramenés à la surface. Plus tard, et jusqu'à réparation complète de la muqueuse, ils entretiennent l'asepsie du milieu, ils décongestionnent le parenchyme, ils favorisent le retrait de l'utérus en cas de sub-involuer.

La solution saturée d'acide picrique est, à mon avis, la solution de choix pour ces lavages. Elle est suffisamment antiseptique sans aucune irritation, ce qui la rend très supérieure aux solutions d'acide phénique ou de sublimé ; ces dernières ne peuvent, en effet, être employées qu'à un faible degré de concentration, en raison de leur absorption locale et des dangers d'intoxication qui en sont la conséquence.

Après un lavage intra-utérin, tous les quatre ou cinq jours, en même temps qu'on renouvelle le tamponnement vaginal à la gaze iodoformée. Deux ou trois litres de liquide sont employés à chaque fois ; la solution doit être à une température de 38° à 40°.

Directeur-Gérant, D^r J. CHÉRON.

NOMS D'AUTEURS

	Budin.....	278, 343, 536, 561,	597
	Bué (de Lille).....	280,	373
	Bumm (de Bâle).....		425
	C		
...	600		
...	44		
...	636	Chaleix (de Bordeaux).34,	598, 674
...	479	Chambrelent 105, 346, 478, 593,	600
34,	753	Champetier de Ribes.....	582
...	303	Chaput.....	297, 415
		Charles.....	327, 689
		Chauffard.....	708
		Chéron, 22, 63, 73, 79, 127, 138,	
		143, 191, 208, 256, 272, 319, 336,	
		384, 398, 446, 463, 511, 518, 573,	
		581, 639, 646, 703, 711	757
...	538	Colle.....	226
...	180	Condamia.....	102
...	540	Colson.....	383
29,		Cooke.....	511
21,		Courtin.....	38
77,		Coyne.....	33
05,	711	Crouzat (de Toulouse).....	596
...	378	Cullingworth.....	630
...	296	Curatulo.....	648
...	483		
...	84	D	
...	567		
...	618		
...	737	Daigle .	161
...	163	Damourette.....	428
...	282	Davelius	696
...	311	Delassus.....	677
...	718	Demelin	293, 405, 536
33,	639	Demons.....	32, 303, 549
...	252	Demoulin.....	665
...	547	Doderlein (de Leipzig).....	388, 467
...	63	Dolérin.....	93, 153, 223, 302
...	63	Duchamp.....	42
...	107	Dutre (de Dublin).....	125
...	683	Dumont.....	501
41,	659	Dumontpallier.....	257
...	492	Duplay.....	124
...	627	Duret (de Lille).....	308
...	572	Dutauzin (de Berlin).....	494
76,	610		
...	180	E	
...	445		
...	628		
...	89	Eichholz.....	631
...	97	Escherich (de Gratz).....	123

ustache (de Lille).....	305
vans.....	254
wnenieff.....	191

F

afius.....	315
aguet.....98, 540,	543
ancourt-Barnes.....	737
assar.....	317
ehling (de Halle).....313, 470,	508
eulard.....	126
eschl (de Prague).....	608
ieux (de Bordeaux).....	598
landin.....	190
ochier (de Lyon).....281, 290, 347,	709
olet (de Lille).....220, 224,	293
orman.....	223
ort (Ernest).....503,	693
oster Scott.....	252
ournal.....	223
raipont.....	113
edericq.....	194
reund (de Strasbourg).....	490
ritsch.....	235
roelich.....	56

G

aches-Sarraute (M ^{me}).....	389
allet.....	227
aulard (de Lille).....	843
lorieux.....	261
oelet.....	51
oldberg.....	166
oubarew.....	318
oubaroff.....	313
oullioud (de Lyon).....543,	735
rancher.....	235
rinberg.....	315
uéniot (de Paris).....285,	352
uinbourg.....	124

H

lamonje.....	499
ane von Woerz.....	187
arres.....	255
elme.....	448
erff.....	699
ermay.....	294
orner.....	163
leubner.....250,	485
leurotay (d'Anvers).....129,	644
eydenreich.....	754
ofmaki.....	862
ugon.....	380

J

Jacobs (de Bruxelles).....118, 119,	120
309,	500
Jnołays (de Moscou).....	635
Jordan.....	620
Josné.....	294
Jouin.....564,	756
Jouve (Henri).....	750

K

Kalimorgen.....186,	507
Kalt.....	184
Katscheltroff.....	430
Kehrer (d'Heidelberg).....	701
Kezmarsky.....307,	445
Klebs.....	616
Klein.....	453
Kouprdonoff.....	253
Kovacs.....	617
Krohl (de Prague).....62,	566
Kuttner.....	551

L

Labadie-Lagrange.....177,	611
La Chaudesfond (De).....	846
Lambinon.....	739
Landau.....	56
Lannelongue (de Bordeaux).....540,	543
Lapthorn-Smith.....	701
Laskine.....278,	292
La Torre.....	535
Lautos.....	365
Le Blond.....190,	223
Le Dentu.....	221
Lefour (de Bordeaux).....81, 37, 139,	600
Legueu.....	582
Lejars.....	663
Leopold (de Dresde).....	606
Lermoyez.....	446
Leve.....	415
Levy.....	490
Liegeois.....	510
Lohnstein.....	302
Losnié.....	375
Loviot.....167,	232
Lucas-Championnière.....	635

M

Macnaughton-Jones.....577,	737
Madden.....	374

TABLE DES NOMS D'AUTEURS.

759

Malbec..... 505
 Malherbe..... 159
 Malins (Edw.)..... 189
 Marchsl..... 622
 Mariau..... 306
 Martin..... 534, 563
 Masse..... 594
 Mathieu..... 415
 Matveïeff..... 538
 Mangin (de Marseille)..... 514
 Maygrier.. 851, 303
 Melnert..... 165
 Mermann..... 62
 Meurisse..... 677
 Mermel..... 416
 Monod (de Bordeaux)..... 706
 Montaz..... 604, 605
 Montréal..... 161
 Morau..... 30
 Mouchet. 416
 Moulonguet..... 670
 Murell..... 61, 511
 Muselle..... 51

N

Narich (de Smyrne)..... 564
 Nazaris..... 541
 Neumann (de Berlin) 608, 612

O

Obalinsky..... 312
 Olshausen..... 229, 614
 Oul (de Bordeaux)..... 105, 537
 Ozenne..... 741

P

Pamard (d'Avignon)..... 642
 Péan..... 668
 Peinado 633
 Perran..... 159
 Pestalozza (de Florence)..... 544
 Peters..... 615
 Petit..... 545
 Pfannenstiel..... 502
 Philips..... 755
 Piccole (de Naples)..... 635
 Pichevin..... 371, 545, 732, 733
 Picqué..... 666, 671
 Pinard..... 49, 245, 365, 734
 Pincus (de Dantzig).... 381
 Poirier 295
 Poncel..... 53
 Porak..... 732
 Potherat..... 94, 232

Pozzi..... 25, 671
 Puech (de Montpellier)..... 407

Q

Queirel (de Marseille)..... 264, 847
 Quenu..... 208

R

Raguin..... 759
 Raymond 475
 Reddy..... 369
 Reinstadier..... 319
 Rémy..... 241
 Renan..... 538
 Rendu..... 224
 Reynier..... 358, 661
 Reverdin (de Genève)..... 545
 Ricard..... 357, 359, 410, 575
 Richelot..... 299, 411, 660
 Ridgway-Barker..... 754
 Rivière (de Bordeaux)..... 283, 436, 497
 Rooschütz..... 700
 Rosenbach..... 703
 Rosenbach..... 491
 Routh..... 737
 Routier..... 153
 Roux (Gabriel)..... 744
 Ruge (de Berlin)..... 424

S

Schauta (de Vienne)..... 385
 Schliep..... 702
 Schrader..... 314
 Schreiber (de Goettingue)..... 488
 Schuhl..... 30
 Sebilleau..... 439
 Sée (G.)..... 375
 Segond..... 669
 Slocum (de Philadelphie)..... 622
 Solowieff..... 109
 Sorel..... 767
 Stehegoleff..... 164
 Storer..... 62
 Strassmann..... 229
 Straganoff..... 110
 Streber (de Toulouse)..... 280
 Stronrouski..... 616
 Stuver..... 447

T

Tanguy..... 75

Tarnier.....
Thevenin.....
Thibaut.....
Tissier.....
Tournay.....
Touvenaint.....
Trauteurath....
Tschapp.....
Tussenbroek...

Valentin.....
Varrat.....
Vautrin (de Na
Verchère.....

TABLE DES MATIÈRES

A

Accouchées (phénomènes fébriles dus à la constipation chez les nouvelles).....	438
— (du traitement des douleurs vulvaires chez les).....	630, 754
Accouchement (affections des organes génitaux après l').....	327
— (de l'exploration externe exclusive dans les) normaux...	606
— spontané.....	614
— (quelques essais cliniques des irrigations cervicales pour provoquer l').....	689
— (des) sans antiseptie vaginale	52
— (insuffisance cardiaque ; mort subite pendant l').....	109
— (un cas d'hématome de la vulve et du vagin survenu après l')	166
— (sur une anomalie du mécanisme de l') dans la présentation du siège décomplété, mode des fesses	278
— (deux cas de mort imprévue et rapide survenue quelques heures après l').....	293
— (traitement de l'oblitération du col de l'utérus au moment de l')	305
Aériennes (troubles génitaux et affections des voies) chez la femme	44
Allaitement (les progrès de l') artificiel.....	122
Aménorrhée (l'herbe de Saint-Jacques contre l').....	511
— (traitement de l') fonctionnelle	61
— (pilules contre l').....	63
Annexes (l'ablation des) au septième congrès des gynécologues allemands).....	378
— (résultat éloigné de l'extirpation des).....	386
— (curettage pour lésions des)	513
— (ablation des) par colpotomie postérieure.....	632
Antipyrine (de l'efficacité de l') dans le vertige chez les utéro-gastriques.....	575

Antiseptie (de l') en gynécologie médicale (<i>Chéron, Batuaud</i>)..	22
Anus (traitement des fissures à l') par la cocaïne.....	191
Applications (des) intra-utérines et intra-cervicales (<i>Chéron, Batuaud</i>),	646
Aquapuncture (l') ou douche filiforme en gynécologie (<i>D^r Verrier</i>)	202
Assa (de l') foetida dans la pratique gynécologique.....	316
Atrésie (de l'intervention rétro-vaginale dans certains cas d') acquisition du vagin.....	754
Avortement (conduite à tenir en cas d'imminence d').....	363
— (traitement de l').....	436
— provoqué par le procédé Feltzer.....	124
— brusqué dans un cas d'hémorrhagie grave.....	153

B

Bains (des) de siège, des bains utéro-vaginaux (<i>Chéron, Batuaud</i>)	79
Bassin (tumeur du) et leur traitement.....	362
— (tumeur du) ayant nécessité la basiotripsie.....	595
— (à propos du) illo-fémoral.	597
— (traitement des abcès du) de la femme.....	56
— (une pratique et des résultats dans 60 cas de) rétrécis.....	285
— (modelage de la tête par l'arc antérieur dans les) rétrécis..	290
Bicyclette (sur l'usage de la) au point de vue de l'hygiène...	625
Blennorrhagie (traitement de la) chez la femme.....	302

C

Cancer de la muqueuse du corps utérin.....	32
— (traitement palliatif du) utérin	63
— de l'utérus.....	159
— de la muqueuse du corps utérin.....	303
— (indication du morcellement dans le) utérin.....	308

Cancer (traitement du) utérin par des injections d'acide salicyllique	315	par) postérieure.....	632
— (crayons pour le traitement du) de l'utérus.....	319	Constipation (phénomènes fébriles dus à la) chez les nouvelles accouchées.....	438
Cardiaques (de la conduite à tenir dans les accidents gravido-),	497	— (traitement de la) des nourrissons d'après M. Marfan.....	306
— (insuffisance) mort subite pendant l'accouchement.....	109	Contractions (emploi de la strychnine contre la faiblesse des) utérines.....	631
Cathétérisme (ruses féminines et) utérin (<i>Verchère</i>).....	526	Contylédonaire (rétention).....	674
Césarienne (observations d'opération).....	335	Cordon (ligature du) ombilical.	536
— (note statistique sur l'opération) depuis 1887.....	405	— (rotation interne de la tête et circulaires du).....	539
— (opération) chez une femme à bassin normal au cours d'une grossesse méconnue.....	167	— (à propos des soins à donner au) ombilical du nouveau-né	702
Chancres (des applications d'acide phénique concentré dans le traitement des) mous chez la femme,	699	Corset (étude du) au point de vue de l'hygiène du vêtement de la femme (<i>M^{me} D^r Gaches-Sarraute</i>),	389
Cholédocotomie (de la) sans suture,	298	— et chlorose.....	491
Chlorose (corset et).....	491	Couche (traitement de la fausse-),	703
Chloroforme (action thérapeutique du) pendant la parturition...	567	— (des soins à donner aux femmes en).....	245
Clinique de Saint-Lazare.. 16, 73,	138	Crampes (traitement des) des femmes en couches.....	190
— (compte-rendu de la) obstétricale de Marseille.....	284	Curettage (dangers et complications du) post-partum.....	500
Col (injections interstitielles du) de l'utérus (<i>Chéron, Batuaud</i>)....	336	— (lavage de la cavité utérine après le).....	756
— (l'effacement du) dans la grossesse.....	361	— pour lésions des annexes.	513
— (de l'endométrite cervicale et en particulier de la déchirure du),	424	— (traitement des vomissements incoercibles des premiers mois de la grossesse par le).....	534
— dilatation du) de l'utérus contre les vomissements incoercibles de la grossesse.....	575	— (salpingo-ovarites après)..	129
— hystérectomie pour infection consécutive à une amputation du)	671	— (de la dilatation extemporanée répétée du canal cervical comme traitement consécutif au) pour endométrite hémorragique,...	319
— (des lotions du vagin et du) (<i>Chéron, Batuaud</i>).....	79	— de l'utérus.....	737
— dilatation manuelle extemporanée du).....	255	Cystite (de la gonorrhéique pure,	470
— (scarifications du) de l'utérus, (<i>Chéron, Batuaud</i>).....	272	— (du traitement des) chez les enfants.....	123
— (note sur l'effacement du).	280	(traitement de la) douloureuse chez la femme.....	252
— (traitement de l'oblitération du) de l'utérus au moment de l'accouchement.....	305		
— (de l'emploi de la cocaïne contre la rigidité du) pendant le travail.....	317		
— (dilatation rapide du) pendant la parturition.....	318		
Colite (de la) pseudo-membraneuse chez les utérines.....	741		
Collections (de l'élytrotomie dans le traitement des) pelviennes (<i>Vau-trin</i>).....	658, 719		
Colpotomie (ablation des annexes			

D

Déciduome (le) malin.....	483
Délivre (note sur un cas d'enchaînement du).....	353
Dentition (traitement des accidents de la première).....	633
Désinfection des organes génitaux de la femme.....	635
Déviation (diagnostic des rétro-utérines).....	221
Dilatation (de la) artificielle de l'utérus (<i>Chéron, Batuaud</i>).....	711
Double (note sur un cas d'utérus).	744
Douche (l'aquapuncture ou) filiforme en gynécologie (<i>D^r Verrier</i>).	202

- Drainage (le) utérin au congrès de gynécologie de Bordeaux... 449
 — (dilatation) de l'utérus dans l'endométrite..... 547
 Dysménorrhée (traitement de la) congestive par l'antipyrine.. 448
 — (du traitements des divers genres de)..... 696
 — (traitement symptomatique de la) chez les jeunes filles..... 312
 Dyspepsie (de l'indication de l'acide chlorydrique dans la) utérine 703
 Dystocie grave causée par une hystéropexie..... 321
 — par rétraction de l'anneau de Bandl 478
 — par tumeur fibreuse sacro-coccygienne..... 283

E

- Eau (sur le traitement des maladies des femmes par l')..... 309
 — (de la vapeur d') chaude dans le traitement des affections utérines..... 381
 Eclampsie (recherches expérimentales d'anatomie pathologique sur les causes de la mort du fœtus dans l')..... 346
 — (causes de l') puerpérale.. 346
 — (lésions du fœtus dans l'). 600
 (traitement nouveau de)..... 755
 — (traitement de l') puerpérale 635
 — (le traitement de l')..... 313
 — (la pilocarpine dans l') des femmes enceintes..... 315
 — (des applications locales de la chaleur à la région lombaire dans le traitement de l')..... 318
 Eclampsique (Traitement de l'urémie..... 565
 — (tétanos consécutif à une morsure de la langue chez une.. 600
 Ectropions (traitement des) par la galvanisation du canal cervical 384
 Eczéma (traitement de l') séborrhéique chez les enfants..... 127
 Electrothérapie (de l') comme moyen de diagnostic en gynécologie 479
 Elythrotomie (de l') dans les collections pelviennes (*Vautrin*, de Nancy)..... 501, 653, 719
 Enceinte (accidents gravido-cardiaques chez une femme) de huit mois..... 105
 — (quelques considérations sur la conduite à suivre dans l'agonie des femmes)..... 241
 Endométrite (l') et son traitement 389
 — (importance de l') puerpérale 388

- Endométrite (de l'étiologie et de la symptomatologie de l')..... 417
 — (de l') cervicale..... 424
 — (de l'étiologie de l')..... 425
 — (des rapports de l') avec les fonctions de la génération.. 467
 — (du traitement de l'). 470, 508.
 — (dilatation drainage de l'utérus par les mèches de gaze glycinée dans le traitement de l')... 547
 — (les altérations de l') dans les cas de fibromes utérins..... 622
 — (traitement local de l') puerpérale 255
 — (les méfaits des crayons de chlorure de zinc dans le traitement de l')..... 257
 — (de la dilatation extemporanée répétée du canal cervical comme traitement consécutif au curetage pour) hémorrhagique. 319
 Entérocele vaginale.... .. 161, 476
 Entérite (de l'usage de l'eau chloroformée dans l') catarrhale 511
 Eponges (asepsie des)..... 411
 Ergotine (influence des préparations d') sur l'involution de l'utérus..... 62
 Erysipèle (sérothérapie de l') et de l'infection puerpérale..... 444
 Etrangers (corps) de l'utérus.. 680
 Eventrations (fréquence des) après la laparotomie 386
 — (cure radicale d')..... 735

F

- Fibromes (nouvelle thérapeutique médicale des) utérins..... 564
 — (les altérations de l'endométrite dans les cas de) utérins.. 622
 — (de l'extirpation des) du ligament large..... 667
 — (des plus gros) justiciables de l'hystérectomie vaginale..... 669
 — utérin et manifestations hystériques..... 677
 — (sur un procédé définitif d'hystérectomie abdominale pour) utérins..... 299
 — (extirpation abdominale des) utérins avec conservation de l'utérus.. 312
 — (nouvelle thérapeutique médicale des) utérins..... 756
 Fissures (traitement des) à l'anus par la cocaïne..... 191
 Fistules utéro-vaginales..... 357
 — (des) uretéro-vaginales... 410
 — vésico-vaginale..... 108
 — (des) urethérales consécutives à l'hystérectomie..... 227
 (discussion sur les) uretéro-vaginales 295
 — (des) uretéro-vaginales.... 297

Fœtus (trois cas de mort et de rétention du) dans les utérus primitivement rétrofléchis.....	598
— momifié retenu deux mois dans l'utérus.....	32
Folie (des la) post-opératoire (D ^r Glorieux).....	261
Forceps (de applications obliques du).....	373
— (sur un cas de paralysie suite d'application de) sur un gros enfant.....	292

G

Galvanocaustie (la) chimique intra-utérine.....	193
Gastrorrhagies (les) à type menstruel.....	551
Gonorrhée (de la) utérine.....	469
— (la) et son traitement chez la femme (<i>Klein</i>).....	453
Gravide (deux cas de rupture de l'utérus).....	430
Grossesse (scarlatine et albuminurie de la).....	343
— (l'effacement du col dans la).....	361
— (observation d'un cas de vomissements incoercibles de la).....	407
— extra-utérine à terme.....	425
— (sur un cas de streptococcie survenue au huitième mois de la).....	538
— (phlegmon du ligament large pendant la).....	537
— (étiologie et traitement des vomissements incoercibles de la).....	534
— (curettage pour lésions des annexes et) consécutives.....	513
— (opération césarienne chez une femme à bassin normal au cours d'une) normale méconnue ...	167
— (une) de onze mois.....	163
— tubaire.....	159
— (laparotomie pour rupture de) tubaire.....	110
— (traitement par la voie vaginale des hématoctèles et des) extra-utérines.....	102
— (trois cas de) extra-utérine.	94
— adipeuse.....	705
— (ictère grave pendant la)..	708
— tubaire.....	665
— (régime pendant la).....	631
— (influence de la) sur les dents.....	617
— (dilatation du col de l'utérus contre les vomissements incurables de la).....	575
— avec utérus et vagins bifides.....	556

Grossesse (traitement des maladies du cœur pendant la).....	755
— extra-utérine tubaire géminaire.....	220, 293
— (un cas de) extra-utérine.	282
— (glycosurie et).....	280
— (trois cas de) extra-utérine	232
— géminaire.....	41
— (traitement électrique des vomissements de la).....	224

H

Hélénine (l') en gynécologie...	499
Hémorrhagies (médicaments à employer dans les) utérines....	510
— (mort par).....	609
— du vagin provoquée par des sangsues accidentellement introduites dans cet organe.....	683
— (traitement des) utérines pendant l'état puerpéral.....	49
— (traitement de l') utérine.	51
— (avortement brusque dans un cas d') grave.....	153
— (pathologie et thérapeutique des) post-partum.....	313
Hématocèle (traitement de l') péri-utérine.....	661
— sous péritonéo-pelviennne traitée par l'ascension ischio-rectale.....	663
— (traitement par la voie vaginale des).....	102
— retro-utérine.....	103
Hématome (un cas d') de la vulve et du vagin.....	166
Hernie inguinale de l'ovaire droit.....	541
— périnéale.....	599
Herpès (traitement de l') génital.....	311
Hydrocéphalie (deux faits d') se présentant dans des conditions particulières.....	281
Hyperglobulie instantanée (<i>Chéron</i>).....	581
Hystérie (inutilité de l'ablation des ovaires pour la guérison de l').....	641
Hystériques (fibrome utérin et manifestations).....	677
Hystérectomie abdominale et totale.....	358
— (l') abdomino-vaginale....	359
— (fin de la discussion sur l') abdominale totale.....	411
— (occlusion intestinale chronique consécutive à une) vaginale, vomissements noirs.....	415
— (des eschares sacrées à la suite de l') vaginale.....	532
— abdominale supra-vaginale pour fibro-myomes de l'utérus.	543
— abdominale totale. 543-544, 660	

Hystérectomie (des plus gros fibromes justiciables de l') vaginale	669
— vagino-abdominale totale pour grosses tumeurs internes...	670
— pour infection consécutive à une amputation du col.....	671
— (eschare sacré à la suite d'une) vaginale.....	677
— (quatre-vingts) vaginales.	53
— abdominale après deux laparotomies.....	189
— totale.....	223
— (des fistules urétérales consécutives à l').....	227
— (sur un procédé définitif d') abdominale pour fibromes utérins	299
Hystéropexie (dystocie grave causée par une).....	321
— (suite des insuccès de l') abdominale	641

I

Ichtyol (de l') en gynécologie.	62
— de l'emploi de l') dans le traitement des tumeurs fibreuses adhérentes.....	127
Ictère (théorie de Quincke sur l'origine de l') des nouveau-nés.	488
— (l') grave chez la femme enceinte.....	535
— grave au cours de la grossesse	708

Incision (indications de l') vaginale	641
— (des indications et de la valeur de l') vaginale.....	659
Inflammations (thérapeutique intra-utérine et traitement des) péri-utérines.....	371
— (de l'usage de l'eau chloroformée dans l'entérite catarrhale compliquant les) pelviennes.	511
— (pathologie et traitement des) péri-utérines.....	252
Infection intra-utérine par le bacille typhique.....	490
— péritonéale post-opératoire à staphylocoques	545
— (traitement de l') puerpérale par la méthode de Fochier..	709
— (traitement de l') purulente des nouvelles accouchées.....	57
— puerpérale.....	254
Injectons interstitielles du col de l'utérus.....	336
— (inutilité des) vaginales pendant les suites de couches..	439
— (solution pour) intra-utérines après la délivrance.....	447
— (des) intra-utérines.....	463
— (des dangers des) intra-utérines de glycérine.....	502

Injection (comment doit-on donner une) intra-utérine.....	503
— (des) vaginales, (<i>Chéron-Batuaud</i>).....	143
— (traitement de l'infection puerpérale par les) intraveineuses de sublimé.....	307
— (traitement du cancer utérin par des) d'acide salicylique.	315
— de sérum artificiel en obstétrique.....	753
Inversion complète de l'utérus	493
— (polype et utérine totale..	542
— (un cas d') utérine.....	604
Involution (la cornutine pour favoriser l') utérine....	566
Irrigations (quelques essais cliniques des) cervicales pour provoquer l'accouchement.....	689

K

Kystes (traitement des) de l'ovaire par incision vaginale.....	565
— (mort par hémorrhagie consécutive à la ponction d'un) de l'ovaire.....	609
— papillomateux de l'ovaire gauche.....	222
— ovariens.....	226
— hydatique de l'ovaire.....	549
— dermoïde.....	540
— de l'ovaire chez une aliénée,	492

L

Lacs (danger de l'emploi du) dans l'extraction du siège.....	564
Lait (maladies des nouveau-nés dues à la présence du pus dans le) des nourrices.....	428
Laparotomie (grossesse extra-utérine à terme).....	425
— pour tuberculose péritonéale, guérison.....	748
— pour rupture de grossesse tubaire.....	110
— (hystérectomie abdominale après deux).....	189
— (recherches expérimentales sur l'influence de la) sur la péritonite tuberculeuse.....	164
Lavages (des) intra-utérins en gynécologie (<i>Chéron, Batuaud</i>)..	398
Lèvre (note sur un parasite de la grande).....	682
Ligament (de l'extirpation des fibromes du) large.....	666
— (ligature de la base des) larges à travers le vagin pour fibromes de l'utérus.....	50
Liniment (un bon) pour la pratique gynécologique	639

Lymphatiques (communication entre les) généraux de la femme et ceux du rectum..... 30

M

Massage (quelques cas de) gynécologique..... 383
 — (le) gynécologique dans la métrite parenchymateuse..... 380
 — (indications et contre-indications du) gynécologique (*Batuaud*) 10
 — (les méfaits du) en gynécologie..... 28
 — (l'utilité du) gynécologique (*Batuaud*)..... 65
 — (le) en gynécologie..... 191
 Membranes (rétention de) dans la cavité-utérine..... 37
 Menstruation (emploi d'un pessaire-éponge pendant la)..... 195
 Menstruel (les gastrorrhagies à type)..... 531
 Mensuration (de la) pelvienne à propos de la symphyséotomie 596
 Métrite (le massage gynécologique dans la parenchymateuse... 380
 — (traitement des) par la solution de chlorure de zinc au dixième 503, 693
 — (lésions vasculaires de l'utérus dans la)..... 732
 Métorrhagies (traitement des) par l'hydrastinine..... 186, 507
 — (traitement des)..... 611
 — (un cas de) incoercible.... 620
 — (un nouveau traitement des) 177
 — (traitement des) abondantes 319
 Môle hydatiforme..... 38
 Morphine (les dangers de l'emploi de la) en gynécologie..... 577
 Myomes (hystérectomie abdominale supra-vaginale pour fibro-) de l'utérus..... 543

N

Neurasthénie (hyperglobulie instantanée et) vasculaire (*Chéron*) 581
 Névralgie intercostale sous-mammaire liée aux affections utérines, son traitement..... 63
 Nourissons (de l'emploi de la farine dans l'alimentation des jeunes) 485
 — (prédisposition des) aux maladies infectieuses..... 608
 — (de l'alimentation des) au moyen de farines..... 250
 Nouveau-nés (de la dilatation brusque du sphincter dans le traitement de l'asphyxie des)..... 511
 — (traitement prophylactique de

l'ophtalmie des)..... 561
 Nouveau-nés (rappel à la vie après cinq heures d'insufflation d'un) 572
 — (présence de substances immunisantes dans le sang des) 607
 — (observation d'une affection parasitaire de la langue chez un) 732
 — (de la première respiration du) 228

O

Ophthalmie (traitement prophylactique de) des nouveau-nés.... 561
 Ophtalmie (traitement nouveau de l') des nouveau-nés..... 184
 Ouate (stérilisation instantanée de l') hydrophile..... 446
 Ovaire (kyste de l') chez une aliénée..... 492
 — (tumeur complexe de l') droit. 540
 — (hernie inguinale de l') droit 541
 — (kyste hydatique de l').... 549
 — (traitement des kystes de l') par incision vaginale..... 565
 — (mort par hémorrhagie consécutive à la ponction d'un kyste de l')..... 609
 — (inutilité de l'ablation des) pour la guérison de l'hystérie.... 641
 — (double kyste de l')..... 677
 Ovariens (kystes)..... 226
 Ovarotomie dans deux cas d'ovari-tes suppurées..... 97
 Ovarites (deux) suppurées..... 97

P

Palpation (la) abdominale chez les femmes obèses..... 622
 Pansements vagino-cervicaux (*Chéron, Batuaud*)..... 208
 Paralysies obstétricales..... 615
 — du bras chez un nouveau-né 222
 Paramétrite (traitement de la). 500
 Parturition (action thérapeutique du chloroforme pendant la)..... 567
 Pelviens (guérison des abcès) par l'incision vaginale..... 65
 Pelvi-péritonites (l'utilité des badigeonnages de gaïacol dans le traitement des) aiguës..... 256
 Périmétrite (traitement électrique de la)..... 258
 Péritonite (traitement de la) tuberculeuse..... 443
 — consécutives aux affections vulvo-vaginales de l'enfance. 554
 — (traitement de la pelvi-) chronique adhésive..... 563
 — (à propos de la) post-opératoire 733

Péritonite (recherches expérimentales sur l'influence de la laparotomie sur la) tuberculeuse...	164
Pessaire (emploi d'un) éponge pendant la menstruation.....	125
Phénosalyl (du) comme agent antiseptique en gynécologie...	113
Placentaire (de la rétention d'un cotylédon) dans la cavité utérine	348
— (polype) d'apparence fibrineuse	415
Polype et inversion utérine totale	542
Présentations (de la conduite à tenir dans les) de l'épaule négligées	701
Prolapsus (traitement des) génitaux	124
Prurit (bleu de méthylène contre le) vulvaire.....	374
— (le chlorure de chaux contre le) anal.....	499
— (du) et de son traitement.	636
— (traitement du) chez les enfants	126
vulvaire.....	119, 310
Ptoses (de l'importance du traitement des) viscérales (<i>Chéron</i>)	518
Puériculture (de la) intra-utérine	734
Puerpérale (sérothérapie de l'érysipèle et de l'infection).....	444
— (du sublimé dans la pyémie	445
— (traitement de la septicémie	537
— (traitement de la septicémie) (<i>Verchère</i>).....	587
— (traitement local de la fièvre)	630
— (la grippe et l'état).....	347
— (le sérum antistreptococcique dans la septicémie).....	294
— (traitement de l'infection) par les injections intraveineuses de sublimé	307
— (d'où provient le résultat défavorable de l'antisepsie dans les cas de fièvre).....	314
— (quelques cas d'auto-infection dus à une affection septique préexistante).....	739

R

Rein (du) gravidique	230
Rétrodéviation (diagnostic et traitement des) de l'utérus.....	701
— (le traitement des) utérines	449
Ruptures (à propos du traitement des) utérines.....	385
— intra-utérines des membranes	603

S

Salpingite blennorrhagique...	475
-------------------------------	-----

Salpingite (atténuation spontanée de la virulence du pus des)..	65
— (recherches sur le pus des)	107
Salpingo-ovarites après curetage	129
Sarcome (fibro-) de la paroi abdominale	416
Scarifications du col de l'utérus (<i>Chéron, Batuaud</i>).....	272
Sein (sarcome du) avec kyste sanguin.....	416
— (fissures du).....	562
— (épithélioma dentridique du) gauche.....	98
— (statistique des résultats obtenues dans 172 ablations du).	168
— (ablation des) pour galactorrhée intarissable.....	317
Septicémie (traitement de la) puerpérale (<i>Verchère</i>).....	587
Statistique du service de la Pitié en 1893-94.....	351
— des opérations faites sur l'utérus.....	668
Stérilité chez la femme.....	618
Stomacal (à propos des recherches modernes sur le chimisme)..	375
Symphyséotomie, 91, 303, 431, 533, 600	
— (la viciation dite oblique ovulaire est-elle une contre-indication absolue à la).....	352
— (cas heureux de).....	445
— (de la mensuration pelvienne à propos de la).....	596
— (version et).....	614
— (complications observées à la suite de la).....	639
— expérimentale.....	110
— (les résultats éloignés de la),	189
Syphilis (de la) des organes génitaux internes de la femme...	612

T

Technique thérapeutique (<i>Chéron, Batuaud</i>), 22, 79, 143, 208, 272, 336	
398, 463, 616, 711	
Tétanos (trois cas de) dans un service de gynécologie.....	165
Thérapeutique (de la) intra-utérine,	223
Toxémie (sur une forme anormale de) gravidique.....	347
Travail (le) des femmes (<i>D^r Becour</i>)	84
— (thérapeutique de la troisième période du).....	369
Traumatisme (coup de corne) chez une femme enceinte.....	494
Tubaires (traitement conservateur des collections).....	702
— (du traitement intra-utérin des collections).....	750
Tuberculose génitale chez la femme	666

TABLE DES MATIÈRES.

perculose péritonéale d'origine énitale.....	748
neurs (de l'emploi de l'ichthyol ans le traitement des) fibreuses dhérentes (<i>Chéron</i>).....	127
- abdominale	153
- (Dystocie par) fibreuse sacro- ccygyenne	283
- du bassin et leur traitement,	362
- dermoïde du cul-de-sac de ouglas.....	540
- du bassin ayant nécessité la asiotripsie.....	595

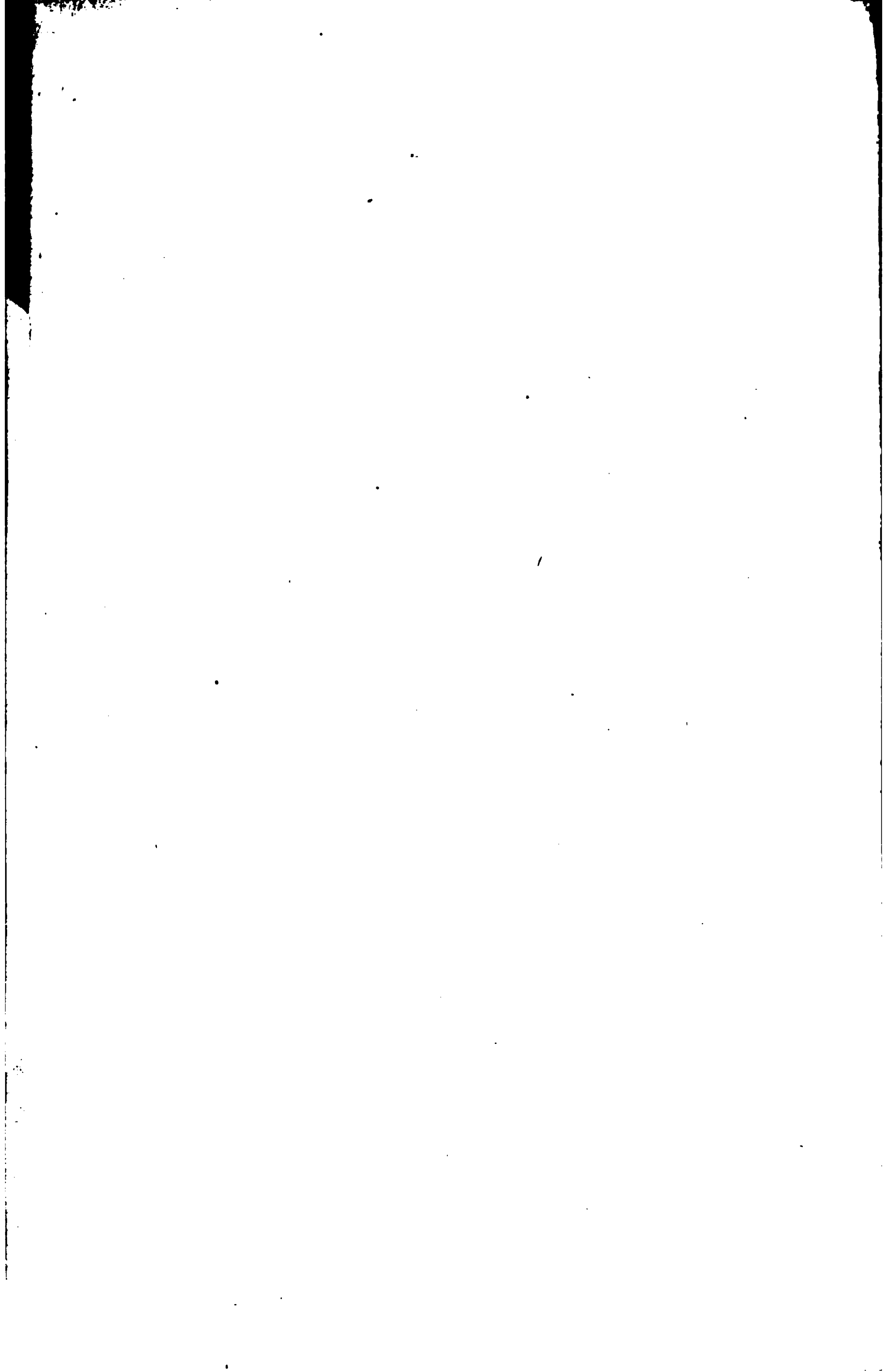
U

ère (de l') rond du vagin..	616
thral (abcès sous-) chez une omme enceinte.....	42
thre (extraction d'un crayon ans l') d'une jeune fille.....	605
naires (emploi de l'ichthyol dans ; traitement des affections des rganes génito-).....	302
rus bicorné.....	416
- double bicorné.....	30

V

gin (grossesse avec utérus et) ifides.....	556
- (de l'ulcère rond du).....	626
- (absence de).....	671
- (hémorrhagie du) provoquée ar des sangsues accidentelle- ment introduites dans cet organe	683
- (des lotions du) et du col (<i>Ché- on, Batuaud</i>).....	79
ginisme.....	120

Vaginisme (traitement chirurgical autoplastique du).....	56
Vaginite (de l'action antiseptique de l'électrolyse dans le traitement de la).....	190, 383
- (vulvo-) chez une fillette de 5 ans.....	235
- blennorrhagique.....	311
- (le formol contre les).....	318
Version (conduite à tenir dans les présentations de l'épaule) céphali- que.....	433
Vertige (de l'efficacité de l'antipy- rine dans le) chez les utéro-gas- triques.....	575
Vomissements (observation d'un cas de) incoercibles de la gros- sesse.....	407
- incoercibles de la grossesse	447
- (traitement des) incoercibles des premiers mois de la grossesse par le curetage	539
- (étiologie et traitement des) incoercibles de la grossesse.	534
- (traitement électrique des) de la grossesse.....	224, 562
Vulvaire (bleu de méthylène contre le prurit).....	374
- (du traitement des douleurs) chez les accouchées	630
- (des bains de siège, des lotions) (<i>Chéron et Batuaud</i>).....	79
- (prurit).....	119
Vulve (un cas d'hématome de la) et du vagin.....	166
Vulvites (traitement des) et des vulvo-vaginites infantiles ...	440
- (une épidémie de) à gonocoques	160
Vulvo- (propagation des affections) vaginales de l'enfance aux orga- nes vaginaux internes.....	554



41C

864+

